

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

MARIALDA MARTINS

**GESTANTES HIPERTENSAS: SIGNIFICADOS CULTURAIS,
FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E RELAÇÕES COM A
BIOMEDICINA**

**FLORIANÓPOLIS-SC
2012**

MARIALDA MARTINS

**GESTANTES HIPERTENSAS: SIGNIFICADOS CULTURAIS,
FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E RELAÇÕES COM A
BIOMEDICINA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marisa Monticelli
Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Eliana E. Diehl

**FLORIANÓPOLIS-SC
2012**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Martins, Marialda

Gestantes hipertensas: [tese] : significados culturais, formas de atenção à saúde e relações com a biomedicina / Marialda Martins ; orientadora, Marisa Monticelli ; co-orientadora, Eliana Diehl . - Florianópolis, SC, 2012.
245 p. ; 21cm

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Hipertensão gestacional. 3. Cultura. 4. Relações profissional-paciente. 5. Atenção terciária à saúde. I. Monticelli, Marisa . II. Diehl , Eliana . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

MARIALDA MARTINS

**GESTANTES HIPERTENSAS: SIGNIFICADOS CULTURAIS,
FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E RELAÇÕES COM A
BIOMEDICINA**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

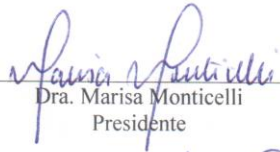
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 14 de dezembro de 2012, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:



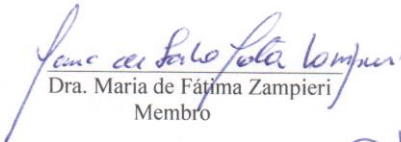
Dra. Marisa Monticelli
Presidente



Dra. Rita Maria Heck
Membro



Dra. Yolanda Flores e Silva
Membro



Dra. Maria de Fátima Zampieri
Membro



Dra. Sílvia M. A. dos Santos
Membro



Dra. Evangelia K. Atherino dos Santos
Membro

Dedico esta conquista ao meu pai
IVO MARTINS DA CRUZ - in memoriam -

*Por muito tempo achei que a ausência é falta.
E lastimava, ignorante, a falta.
Hoje não a lastimo.
Não há falta na ausência.
A ausência é um estar em mim.
E sinto-a, branca, tão pegada, aconchegada nos meus braços,
que rio e danço e invento exclamações alegres,
porque a ausência assimilada,
ninguém a rouba mais de mim.
(Carlos Drummond de Andrade - Ausência)*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^{ra} Dr^a Marisa Monticelli, que soube indicar-me os caminhos a serem seguidos. Agradeço o empenho, por ter confiado em mim, entendido minhas dificuldades, estimulado o desenvolvimento de minhas capacidades e compartilhado muito do que sabe, tornando ainda mais enriquecedora toda a minha trajetória.

À co-orientadora, Prof^{ra} Dr^a Eliana Diehl, que sempre soube demonstrar confiança e dar crédito às minhas aspirações, agradeço seu interesse, dedicação e constante diálogo durante esta caminhada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por oferecer as condições necessárias para meu crescimento profissional e pessoal. Agradeço a oportunidade.

Aos membros da Banca, Dr^a Rita Maria Heck, Dr^a Yolanda Flores, Dr^a Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Dr^a. Silvia Maria Azevedo dos Santos, Dr^a Maria de Fátima Zampieri (titulares), Dr^a Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva e Dr^a Rosângela Fenili (suplentes), que aceitaram a tarefa de disponibilizar tempo para ler e avaliar o material produzido, agradeço seus comentários e opiniões para enriquecer o meu trabalho.

Aos membros do GRUPESMUR, especialmente as professoras Evangelia e Odaléa, agradeço a acolhida, o convívio, a troca de experiências, e os momentos de aprendizagem compartilhados nas animadas tardes de quinta-feira.

Ao Paulo Cesar, companheiro de todos os momentos, agradeço imensamente o seu apoio incondicional, e a sua paciência, por ter enfrentado comigo os problemas e compartilhado as alegrias durante todo o trajeto do curso. Obrigada pela presença constante, pela dedicação, e por me encorajar sempre a seguir adiante.

À minha mãe, Rose, por cuidar de mim: o carinho durante toda a minha formação.

À minha irmã Alda, companheira desta e de muitas outras histórias, a sua cumplicidade e torcida pelo meu sucesso.

Às amigas de Curitiba, Bene, Cris e Tânia, que me proporcionaram apoios de vários tipos e em diversos momentos: o companheirismo e os necessários momentos de descontração.

Às amigas de São Paulo, Marcia e Mayara, que, embora distantes, souberam fazer-se presentes: a atenção, as muitas palavras de incentivo.

A todas as gestantes informantes deste estudo, fica registrado aqui meu sincero reconhecimento. Obrigada pela confiança em partilhar suas experiências e falar de seus sentimentos, de seus diferentes medos e desejos.

Àqueles que, embora não citados, estiveram presentes em distintos momentos desta caminhada, agradeço o apoio.

*Enfim...agradeço a DEUS, por tudo e por todos.
Muito obrigada!*

*"Já lhe dei meu corpo, minha alegria;
já estanquei meu sangue quando fervia;
olha a voz que me resta;
olha a veia que salta;
olha a gota que falta pro desfecho da festa;
por favor;
deixe em paz meu coração;
que ele é um pote até aqui de mágoa;
e qualquer desatenção, faça não;
pode ser a gota d'água"
(Chico Buarque – Gota
d'Água).*

MARTINS, Marialda. **Gestantes hipertensas:** significados culturais, formas de atenção à saúde e relações com a biomedicina. 2012. 245f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marisa Monticelli

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Eliana Diehl

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

Este é um estudo etnográfico que objetivou compreender os significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez; identificar as formas de atenção e autoatenção à saúde utilizadas pelas gestantes durante a vivência dos transtornos hipertensivos; e identificar como ocorrem as relações entre as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos e os profissionais que exercem a biomedicina. Foi realizado no período de outubro de 2010 a dezembro de 2011 no ambulatório de pré-natal e na enfermaria de internação clínica de um hospital-escola do Estado do Paraná, e no domicílio das gestantes, sob aporte da Antropologia Interpretativa. Para a coleta de dados utilizou-se observação participante e entrevista. Os informantes-chave foram 22 gestantes, e os informantes gerais, profissionais e alunos que prestavam assistência a essas mulheres. A análise seguiu os princípios da Etnoenfermagem. Os resultados foram apresentados sob a forma de 3 artigos. O primeiro, “Significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão durante a gravidez”, mostra que as gestantes conferem sentidos às suas experiências, utilizando-se de uma rede de símbolos e significados, criada e recriada a partir da interlocução contínua com suas famílias, outros grupos sociais e com profissionais de saúde, e que é marcada pelo medo da morte do bebê e da própria morte. O segundo, “Gestantes hipertensas: experiências, subjetividades e formas de atenção e autoatenção à saúde”, revela que possuem valores e práticas que são aplicados aos processos de saúde/enfermidade/atenção, transitando entre distintas abordagens. Contudo, muitas vezes, não revelam tais práticas, temendo julgamento dos profissionais, que estabelecem com elas relação superficial, negando suas expressões culturais. O terceiro artigo, “Gestantes hipertensas e suas relações com os profissionais de saúde de um hospital universitário”, manifesta a

ocorrência de distintas formas de relacionamento, destacando-se a impessoalidade e a desvalorização das subjetividades das gestantes. Esta tese contribui para a construção do conhecimento na área, assim como para a assistência profissional a essa população de mulheres, no sentido de fortalecer a necessidade de colocar em foco a experiência da doença e as referências socioculturais do contexto da gravidez de alto risco, desde a atenção pré-natal, até a assistência em nível terciário. Identificar as práticas e experiências que fazem parte do complexo processo de atenção e autoatenção à saúde colabora para a compreensão dos significados culturais, subsidiando os profissionais para uma assistência fundamentada nas necessidades específicas dessas mulheres, além de contribuir para a ampliação do conceito de risco. Além disso, o estudo contribui para que os trabalhadores de saúde repensem as formas de se relacionarem com as gestantes, visando à maior aderência aos princípios da humanização da assistência e aos direitos de cidadania. Os resultados apontam para a necessidade da construção de uma nova prática profissional, que incorpore as experiências, subjetividades e práticas de autoatenção das gestantes portadoras de hipertensão gestacional, como estratégia que pode colaborar, inclusive, para a redução dos índices das mortes maternas.

DESCRIPTORIOS: Hipertensão gestacional. Cultura. Relações profissional-paciente. Atenção terciária à saúde.

MARTINS, Marialda. **Hypertensive pregnant women: cultural meanings, ways of attention to health and relations with biomedicine.** 2012. 245s. Thesis (Doctorate in Nursing) – Post-Graduation Program in Nursing, Santa Catarina Federal University, Florianópolis, 2012.

Supervisor: Prof^a Dr^a Marisa Monticelli

Sub supervisor: Prof^a Dr^a Eliana Diehl

Line of research: The care and the process of living, being healthy and getting sick.

ABSTRACT

Ethnographic study that tried to understand the cultural meanings given by pregnant women with gestational hypertension; identify the ways of health attention and self care they use while living the hypertension troubles; and identify how are the relations between the pregnant women with hypertensive troubles and the biomedicine professionals. It was made from October 2010 to December 2011 in the prenatal ambulatory and in the clinical internment infirmary of a school-hospital of Paraná State and in the houses of the pregnant women, under the collaboration of interpretative anthropology. The method used for collecting data was participant observation and interview. The key-informers were 22 pregnant women, and the general informants were the professionals and students that were attending these women. The analysis followed the etnonursing statements. The results were showed in 3 articles. The first one, “Cultural meanings given by pregnant women whilst living hypertension during pregnancy” shows that pregnant women give sense to their experience, using a net of symbols and meanings, created and recreated from the continuous interlocution with their families, with different social groups and with the health professionals. It also shows that this relation is marked by the fear of the baby’s death or of their own death. The second one “Hypertensive pregnant women: experiences, subjectivity and ways of attention and self-attention to health” shows that they have values and practices that are applied to the processes of health/ sickness/ attention walking among different approaches. But, for many times, they don’t reveal these practices, fearing the judgment of the professionals that create a superficial relationship with them, denying their cultural expressions. The third article, “Hypertensive pregnant women and their relations with health professionals of an academic hospital”, shows the occurrence of different ways of relationship, detaching the impersonality and

devaluation of the pregnant women subjectivity. The thesis contributes to the construction of knowledge in this area, as well as to the professional assistance to this population of women, to make stronger the need of focusing the experience of sickness and the sociocultural references of the high risk pregnancy, from the prenatal attention to the tertiary level assistance. The act of identifying the practices and experiences that are part of the complex process of attention and self attention to health, collaborates to a comprehension of the cultural meanings, subsidizing the professionals to an assistance based on the specific needs of these women, besides of contributing to the amplification of the risk's concept. Besides that, the study contributes with the health workers to rethink the ways they relate with pregnant women, searching for a stronger adherence to citizenship rights and the humanization of assistance statements. The results point to the need of building a new professional practice, a practice that incorporate the experiences, subjectivities and practices of self attention of pregnant women with gestational hypertension as an strategy that can collaborate, inclusively, on the reduction of maternal mortality rates.

DESCRIPTORS: Hypertension, pregnancy-induced. Culture. Professional-patient relations. Tertiary health care.

MARTINS, Marialda. **Las mujeres embarazadas hipertensas:** significados culturales, formas de atención de la salud y las relaciones con la biomedicina. 2012. 245h. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Pos-Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marisa Monticelli

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Eliana Diehl

Línea de investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y enfermarse

RESUMEN

Este es un estudio etnográfico que tuvo como objetivo comprender los significados culturales atribuidos por gestantes a la vivencia de hipertensión arterial durante el embarazo; identificar que formas de atención y autoatención a la salud las gestantes utilizan durante la vivencia de los trastornos hipertensivos e identificar como ocurren las relaciones entre las gestantes portadoras de trastornos hipertensivos y los profesionales que ejercen la biomedicina. Fue hecho entre octubre de 2010 e diciembre de 2011 en el ambulatorio de prenatal y en la enfermería de internamiento clínico de un hospital-escuela del Estado de Paraná y en las casas de las gestantes bajo el aporte de la antropología interpretativa. Para la colecta de datos fueron usadas la observación participante y entrevistas. Los informantes-clave fueron 22 gestantes y los informantes generales fueron profesionales y alumnos que prestaban asistencia a esas mujeres. El análisis siguió los principios de la etnoenfermería. Los resultados fueron presentados en tres artículos. El primero, “Significados culturales atribuidos por gestantes a la vivencia de hipertensión en el embarazo” muestra que las gestantes atribuyen sentido a sus experiencias, basadas en una red de símbolos y significados, creada e recreada desde la interlocución continua con sus familias, otros grupos sociales y con los profesionales de salud y que es marcada por el miedo de la muerte del bebé o de su propia muerte. El segundo artículo, “Gestantes hipertensas, experiencias, subjetividades y formas de atención y autoatención a la salud” muestra que poseen valores y prácticas que son aplicadas a los procesos de salud/enfermedad/atención, transitando entre distintos abordajes. Sin embargo, muchas veces no revelan estas prácticas, temiendo el juzgamiento de los profesionales que mantienen con ellas una relación superficial, negando sus expresiones culturales. El tercer artículo

“Gestantes hipertensas y sus relaciones con los profesionales de salud de un hospital académico” muestra que ocurren diferentes formas de relaciones, destacándose la impersonalidad y desvalorización de la subjetividad de las gestantes. La tesis contribuye para la construcción de conocimiento en esta área, así como para la asistencia profesional a esa población de mujeres, en el sentido de fortalecer la necesidad de enfocar la experiencia de enfermedad y las referencias socioculturales del contexto del embarazo de alto riesgo desde la atención prenatal hasta la asistencia en nivel terciario. Identificar las prácticas y experiencias que hacen parte del complejo proceso de atención y autoatención a la salud colabora para la comprensión de los significados culturales, subsidiando los profesionales para una asistencia basada en las necesidades específicas de estas mujeres, más allá de contribuir para la amplificación del concepto de riesgo. Además, el estudio contribuye para que los trabajadores de salud repiensen las formas de relación con las gestantes, visando mayor adherencia a los principios de humanización de la asistencia y a los derechos de ciudadanía. Los resultados apuntan hacia la necesidad de construcción de una nueva práctica profesional que incorpore las experiencias, subjetividades y prácticas de autoatención de las gestantes portadoras de hipertensión gestacional como estrategia que puede colaborar, inclusive, en la reducción de los índices de mortalidad materna.

DESCRIPTORES: Hipertensión inducida en el embarazo. Cultura. Relaciones profesional-paciente. Atención terciaria de salud.

SUMÁRIO

ESTRUTURA DA TESE	21
1 TEMA E JUSTIFICATIVA DO PROBLEMA DE PESQUISA..	23
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	35
2.1 O CONCEITO DE CULTURA SOB A PERSPECTIVA DA ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA	35
2.2 A CULTURA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	38
2.3 AS DIFERENTES FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	45
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	51
3.1 O TRABALHO DE CAMPO.....	55
3.1.1 Os cenários do trabalho de campo.....	57
3.1.2 A inserção e permanência no campo	62
3.1.3 A saída do campo.....	66
3.2 OS INFORMANTES	67
3.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	71
3.4 O REGISTRO E A DOCUMENTAÇÃO DOS DADOS.....	78
3.5 A ANÁLISE DOS DADOS	80
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	82
4 RESULTADOS.....	85
4.1 ARTIGO 1 - SIGNIFICADOS CULTURAIS ATRIBUÍDOS POR GESTANTES À VIVÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ.....	86
4.2 ARTIGO 2 - GESTANTES HIPERTENSAS: EXPERIÊNCIAS, SUBJETIVIDADES E FORMAS DE ATENÇÃO E AUTOATENÇÃO À SAÚDE.....	111
4.3 ARTIGO 3 - GESTANTES HIPERTENSAS E SUAS RELAÇÕES COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	135
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
REFERÊNCIAS	175
APÊNDICES.....	193

ESTRUTURA DA TESE

Esta tese foi elaborada seguindo a Instrução Normativa 10/PEN/2011 que trata do formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Foi desenvolvido um estudo etnográfico de abordagem qualitativa, com os seguintes objetivos: compreender os significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez; identificar as formas de atenção e autoatenção à saúde utilizadas pelas mulheres gestantes durante a vivência dos transtornos hipertensivos; e identificar como ocorrem as relações entre as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos e os profissionais que exercem a biomedicina.

A tese é constituída por: tema e justificativa do problema de pesquisa, sustentação teórica, referencial metodológico, resultados e considerações finais, sendo que os resultados se encontram dispostos em três artigos científicos. O primeiro artigo trata dos significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez; o segundo versa sobre as formas de atenção e de autoatenção à saúde, utilizadas pelas gestantes hipertensas, durante a vivência dos transtornos hipertensivos; e o terceiro refere-se às relações entre as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos e os profissionais que exercem a biomedicina. Os artigos (manuscritos), após aprovação da tese, serão submetidos à análise de periódicos científicos, com vistas à publicação.

1 TEMA E JUSTIFICATIVA DO PROBLEMA DE PESQUISA

Os progressos científicos e tecnológicos ocorridos nas últimas décadas permitiram o aumento da expectativa de vida, o favorecimento do bem-estar material e o desenvolvimento humano como um todo. Dentro deste contexto, no Brasil, a assistência à saúde da mulher não atingiu um nível qualitativo capaz de garantir às mulheres a vivência da gestação e do parto livres de riscos.

Há vinte anos venho estudando a epidemiologia da Mortalidade Materna (MM), participando diretamente dos trabalhos do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. Durante esse tempo, tenho acompanhado de perto os índices elevados desses óbitos e tenho constatado que inúmeras mulheres vêm sendo vítimas da MM, não apenas no Paraná, mas também no Brasil e em boa parte do mundo.

A taxa de MM é um indicador oficial de qualquer país, que revela a precariedade da assistência de saúde oferecida à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo de grande impacto dentro do quadro de morbimortalidade das mulheres em idade fértil, ou seja, entre 15 e 49 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007). Portanto, coloca em pauta o tipo de atenção que é prestado à gestante, à parturiente e à puérpera, em variados cenários assistenciais brasileiros, acarretando acréscimos aos números da morbimortalidade perinatal. Além disso, a MM é resultado das precárias condições socioeconômicas, do baixo grau de informação e escolaridade, assim como das dificuldades de acesso a serviços de qualidade, entre outros (BRASIL, 2007a).

A MM, sob o ângulo do sistema oficial de saúde, é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente de duração ou localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2007b, p.12).

A saúde materna continua sendo prioridade nas discussões de políticas para as mulheres, indicando, assim, que as condições de acesso

aos serviços de saúde não atingiram um nível elevado de satisfação, o que comprova a falta de estrutura nacional para o atendimento igualitário e, também, para a propalada política de “humanização” dos serviços que envolvem esta faixa da população.

Ao longo das últimas décadas, o Brasil assinou importantes tratados e pactos internacionais que versam sobre os direitos da mulher, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada a essa população, visando, sobretudo, garantir a maternidade segura e reduzir as taxas de MM. Este processo teve início na década de 1980, com o lançamento, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM), e a constituição de inúmeros Comitês de Mortalidade Materna. Como país membro das Nações Unidas, o Brasil se comprometeu a cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que devem ser alcançados até o ano de 2015, sendo que um deles é melhorar a saúde materna e, mais especificamente, reduzir a MM em três quartos, durante este período.

No ano 2000 foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que visa prestar assistência humanizada e segura, além de ampliar o acesso e a cobertura dos serviços de atenção ao pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2000a). Também foi publicada Portaria que estabelece classificação de risco gestacional e o atendimento em unidades de referência para gestações de alto risco (BRASIL, 2000b). Mais tarde, a notificação dos óbitos maternos passou a ser evento de notificação compulsória (BRASIL, 2003). Em 2004 foi lançado o Pacto nacional pela Redução da Mortalidade Materna, com a meta de reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal em 75%, até 2015 (BRASIL, 2004), mas somente em 2008 a investigação dos óbitos maternos foi regulamentada. Recentemente o governo federal instituiu a Rede Cegonha, com o objetivo de assegurar assistência de saúde humanizada e de qualidade às crianças e às mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Entre os princípios que norteiam a Rede estão o respeito à diversidade étnica, racial e cultural, e entre seus objetivos destaca-se a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e a redução da MM (BRASIL, 2011).

Contudo, apesar das muitas iniciativas oficiais para enfrentar a MM e as discussões que as mesmas têm provocado no setor profissional da saúde e no seio de diversos movimentos sociais, a saúde da mulher ainda é considerada um problema de saúde pública, refletido claramente pelos altos coeficientes apontados anteriormente. Araújo (2000, p.3) é enfático ao afirmar que, para o sistema oficial de saúde, na maioria das vezes, “a morte materna está ligada à pobreza econômica das mulheres,

à falta de acesso a informações e à ausência de serviços de saúde adequados”.

O coeficiente aceitável pelos órgãos de saúde no mundo é de 10 MM/100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2007b) e, segundo o Ministério da Saúde (MS), na América Latina, as mortes maternas chegam a 28.000 a cada ano. Especificamente no Brasil, no ano de 2010, a razão de MM foi de 68 óbitos por 100.000 nascidos vivos, e em 2012 foram notificados 40.625 óbitos em mulheres em idade fértil (BRASIL, 2012). Guardadas as peculiaridades sociais, econômicas e culturais, países como Bolívia, Peru e Haiti “apresentam coeficientes maiores que 200 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos” (BRASIL, 2007b, p.9), enquanto Canadá e Estados Unidos apresentam coeficientes inferiores a nove óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

Esse indicador revela, portanto, um problema de alta magnitude, um problema social, uma vez que ceifa a vida de mulheres jovens, com capacidade produtiva, que deixam filhos menores e dependentes, gerando diferentes graus de desestruturação familiar e o aumento do número de crianças órfãs, conforme demonstram alguns estudos (GOMES et al., 2006; MARTINS-COSTA et al., 1997). Outra consequência da MM é a alta morbidade resultante da má assistência oferecida às mulheres, em um período tão especial de sua vida, pois, certamente, uma complicação no ciclo gravídico-puerperal, que não seja tratada de forma adequada, poderá deixar sequelas que, certamente, ultrapassam a dimensão física. A MM, portanto, representa forte impacto social, já que se consubstancia em uma das maiores ameaças para a vida das mulheres em idade fértil, sendo um fenômeno inaceitável, principalmente por se constatar que 92% das mesmas são preveníveis e evitáveis. Além de a morte de cada mulher ser um evento trágico para a família é um motivo de vergonha para o Estado.

No Brasil, particularmente, esses índices têm como uma das principais causas, os transtornos hipertensivos da gravidez, que ocorrem no final do 2º trimestre da gestação e persistem durante todo o período gestacional (CUNHA; COSTA; DUARTE, 2001). Esses “transtornos” são caracterizados pela linguagem biomédica com uma tríade de sinais clínicos que envolve edema, proteinúria e hipertensão arterial, e são diagnosticados da mesma forma no mundo inteiro. Essa característica de universalidade é comprovada pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), que se consubstancia numa listagem de patologias e problemas de saúde existentes e reconhecidos pelo sistema profissional de saúde, visando a padronizá-los e codificá-los internacionalmente (ORGANIZAÇÃO

MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Sob o olhar clínico exclusivo, os transtornos hipertensivos podem se apresentar sob diferentes formas: hipertensão pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério; distúrbio hipertensivo pré-existente com proteinúria superposta; edema e proteinúria gestacionais (induzidos pela gravidez) sem hipertensão; hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) sem proteinúria significativa; hipertensão gestacional (induzida pela gravidez) com proteinúria significativa; pré-eclâmpsia pura, pré-eclâmpsia sobreposta, pré-eclâmpsia precoce, pré-eclâmpsia tardia, eclâmpsia convulsiva, eclâmpsia comatosa, eclâmpsia tardia ou puerperal, eclâmpsia intercorrente, eclâmpsia iminente, além de Síndrome HELLP (NEME, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). Esta síndrome, de acordo com Neme (2006), está relacionada a alterações no fígado materno, com hemólise, aumento das enzimas hepáticas e plaquetopenia.

De forma geral, tais gestações são usualmente denominadas, na linguagem profissional, como “gestações de risco”, e envolvem, portanto, “gestantes de risco”. De acordo com o sistema de saúde oficial, estas gestantes são as que,

[...] por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe [...]. Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros (BRASIL, 2000c, p.11).

Essa parcela que constitui o grupo chamado de “gestantes de alto risco” está, portanto, sujeita a variadas patologias no decorrer do processo gravídico, dentre elas, a probabilidade de ocorrência de transtornos hipertensivos, cujos riscos, na linguagem biomédica, envolvem critérios diversos como: idade da paciente, paridade, passado obstétrico (evolução das gestações anteriores, abortamentos, malformações congênitas, prematuros, nati e neomortos), condições socioeconômicas precárias, gravidez não planejada, gestantes usuárias de drogas, promiscuidade sexual, história familiar de patologias diversas, enfermidades sistêmicas agudas e crônicas, doenças

infecciosas, estado nutricional pré-gravídico e atual, tipo sanguíneo, dentre outros fatores (VASQUES, 2006).

Ao buscar dados sobre gestação de risco na literatura da área, verifiquei que os critérios utilizados por inúmeros autores, inclusive nos manuais que normatizam as políticas de saúde brasileiras voltadas à mulher, são totalmente relacionados a questões fisiopatológicas, impregnadas de uma visão oficial sobre a própria noção de “risco”, quase sempre identificando associações entre eventos ou condições patológicas etiologicamente relacionadas. Por outro lado, Barrón e Rodriguez (2006) ponderam que o risco reprodutivo é um indicador que permite identificar a mulher, os familiares ou as populações mais vulneráveis e definir aquelas com maior probabilidade de sofrer danos durante o processo de reprodução. Assim, acrescentam que além das condições patológicas, a noção de risco deve incorporar, por exemplo, o fator violência intrafamiliar durante a gravidez. Ressaltam que, em algumas populações, este tipo de risco é mais comum do que outras patologias associadas.

Recentemente, alguns autores também vêm apontando o fator ansiedade como possível fator de risco, ressaltando que tal sensação afeta de forma negativa a gestação, por causar uma suposta alteração endócrina, o que pode levar a comportamentos como: hábito de fumar, má alimentação, ganho de peso inadequado e atraso no acesso ao pré-natal (ARAÚJO; PEREIRA; KAC, 2007).

Os transtornos hipertensivos são responsáveis por quase um quarto das mortes maternas no Brasil, o que indica problemas na qualidade da assistência ou, segundo Martins (2000, p.36), na “falta de pré-natal”. Portanto, a gravidade da situação se localiza, sob o olhar da biomedicina, na ausência de atenção profissional qualificada e também na não aderência das gestantes aos serviços organizados do sistema oficial de saúde.

Por ser de etiologia clínica desconhecida, a prevenção para os transtornos hipertensivos, em nível primário, se mostra bastante complexa. Contudo, os especialistas têm apontado que é perfeitamente viável a prevenção secundária, que envolve desde medidas mais amplas de ordem socioeconômica e política, como a melhor distribuição de renda, melhor acesso à informação e incremento dos níveis de escolaridade, até questões obstétrico-assistenciais. Estas últimas, por sua vez, englobam desde a organização dos sistemas de referência para atendimento das emergências obstétricas e da garantia de acesso aos serviços de atenção primária, em nível de pré-natal de qualidade, durante todo o curso da gestação, até aqueles fatores que dizem respeito

à prática assistencial propriamente dita (SOARES, MARTINS, 2006; MARTINS, 2000).

Tal prática deve garantir profissionais competentes desde a abordagem clínica precoce do problema, como por exemplo, a anamnese criteriosa e bem feita, o acompanhamento da evolução dos sinais e sintomas e avaliações laboratoriais frequentes (SOARES; MARTINS, 2006). Além disso, tem sido uma preocupação frequente, dentro do sistema oficial de saúde, a abordagem socioeducativa e interacional com a mulher gestante que procura os serviços de saúde, durante todo o período da gravidez (SOARES, MARTINS, 2006; MARTINS, 2000).

Essas últimas questões apontadas, que remetem diretamente à forma de atuação profissional, ou seja, ao modo de abordar a mulher com transtornos hipertensivos, encontram consonância com minha preocupação específica ao construir esta tese de doutorado. Minha prática tem mostrado que essa é uma arena ainda frágil, confusa e pouco palpável do ponto de vista das repercussões para a saúde da mulher que apresenta hipertensão comprovada durante a gravidez, uma vez que a tarefa profissional engloba atividades interacionais; atividades essas nem sempre compreendidas como espaços dialógicos e de aproximação genuína entre as diversas formas de atenção em saúde implicadas, ou seja, a profissional (biomédica), a popular (outros especialistas), a familiar, aquela centrada em práticas de autoajuda, que a própria mulher gestante busca, na convivência com os grupos de apoio, dentre outras.

Esta interação, muitas vezes expressada pelo termo “educação em saúde”, é uma estratégia que tem sido desenvolvida dentro dos programas pré-natais, mas é um assunto que merece aprofundamento analítico, pois muitas vezes aparece como algo a ser corrigido na vida das mulheres, e não como uma forma de compartilhamento de saberes e a promoção de crescimentos comuns, como é enfatizado por Boehs et al. (2007).

Esta perspectiva que apresento aqui distancia-se, pois, da taxonomia e do olhar puramente clínico da biomedicina, e necessita ser mirada sob o prisma antropológico, deslocando o ângulo da *disease* para a vivência da *illness*. Portanto, minha preocupação com este estudo incorpora a perspectiva simbólica, social e subjetiva do que seja viver com uma doença desta natureza, enquanto se gesta uma criança. Neste sentido, a definição de “transtorno hipertensivo” ultrapassa os sinais e sintomas clínicos, para compreender a dimensão cultural do fenômeno **para as mulheres**. Meu interesse está voltado ao entendimento de como essas mulheres “se percebem doentes”, sendo, pois, mais próximo da categoria “perturbação”, utilizada por Duarte (2001; 2003), ao se referir

à perspectiva que permite abarcar dimensões socioculturais e capturar singularidades do adoecimento.

É relevante pensar em uma aproximação da intervenção profissional, que esteja entrelaçada com o contexto cultural de onde provêm as mulheres gestantes. Pois de outra forma, como compreender quais os saberes e práticas que se encontram subjacentes à vivência desse transtorno pelas gestantes e seus familiares? Como interpretar os significados que essas mulheres atribuem às suas situações de saúde, enquanto vivenciam o processo gestacional? Como interpretar se os significados de “risco” para essas gestantes são equivalentes ou não às classificações e lógicas profissionais? Como alcançar benefícios do ponto de vista do manejo e recomendações relacionadas aos transtornos hipertensivos, visando a prevenir a MM, se o sistema profissional não aceitar e compreender que as gestantes transitam por entre diferentes formas de atenção em saúde e que se beneficiam das mesmas para operacionalizarem modos próprios de experienciarem o transtorno hipertensivo? São motivações como essas que me aproximam do objeto de estudo, nesta tese.

Por acreditar que a utilização de diferentes formas de atenção (MENÉNDEZ, 2003) pela gestante é um aspecto componente da cultura destas mulheres, entendo que o conceito de cultura, distante de concepções vigentes no seio do modelo biomédico que incluem valores, crenças, normas e práticas estanques, é mais bem definido como um sistema de símbolos que é construído, reconstruído, apreendido, partilhado e transmitido na interação entre os atores sociais, fornecendo, ininterruptamente, modelos “de” e “para” a realidade (GEERTZ, 2008a). Esta abordagem indica que os comportamentos de cuidado são socialmente aprendidos e que o próprio processo saúde-doença é um processo sociocultural. Portanto, cada indivíduo tem conhecimento (saberes) sobre este processo, utilizando diferentes formas de atenção, o que coloca o profissional de saúde diante da diversidade sociocultural.

Considerando esse ângulo da questão, entendo ser primordial que os profissionais de saúde que assistem essas mulheres gestantes, possam realizar cuidados que sejam compatíveis com a situação de vulnerabilidade desses sujeitos, não apenas do ponto de vista clínico, mas também sob o prisma social e simbólico. Para tanto, primeiramente, devem compreender que a mudança de uma situação que se espera “saudável” (a gravidez como uma etapa do desenvolvimento humano), para outra, de “doença”, ao vivenciar esta mesma gestação, envolve inúmeras nuances, que podem e devem ser buscadas e expressadas por quem as vivencia, ou seja, a própria mulher que gesta, durante o

encontro profissional-usuária.

Na minha prática docente, atuando em um hospital-escola, tenho percebido que no “mundo” do hospital, a experiência das mulheres é negligenciada, prevalecendo a explicação da doença, seus sentidos e significados, pautados exclusivamente nos valores e rituais formais da biomedicina, ou seja, na verdade da ciência médica hegemônica que vigora no sistema profissional de saúde. Totalmente imersos na cultura profissional, os trabalhadores da saúde desconhecem outros modelos que possam explicar o transtorno hipertensivo na gestação. Desconsiderar o contexto sociocultural e a experiência vivenciada pelas gestantes conduz ao cuidado despersonalizado e técnico, além de impedir a aproximação genuína entre profissionais e clientes, visando a melhorar a qualidade do cuidado oferecido e, quiçá, auxiliando na diminuição dos índices de morbimortalidade dessas mulheres-mães.

Entendo que o profissional de saúde que trabalha com gestantes acometidas por um transtorno hipertensivo, no decurso da gravidez, necessita compreender não apenas os aspectos fisiopatológicos implicados na situação clínica, mas também procurar aprofundar os aspectos sociais e afetivos que tomam lugar na vida destas mulheres. Precisa entender, portanto, o que significa vivenciar a gestação acometida de uma doença que pode ser grave e/ou fatal, do ponto de vista **da mulher**, isto é, necessita aprofundar o conhecimento desta experiência subjetiva, que precisa ser conhecida, descrita, compreendida e interpretada. A singularidade de cada experiência e seu significado é resultado da história vivida por cada uma destas gestantes. Por isso, conhecer essa situação que coloca as mulheres em risco durante o ciclo gravídico-puerperal, podendo levar à morte, é fundamental para que os profissionais de saúde prestem assistência individualizada e socialmente fundamentada.

Movida por esta constatação, que não é só minha, mas de muitos profissionais que se preocupam com a abordagem sociocultural de tal problema, tenho tentado buscar caminhos diferentes (daqueles da biomedicina) para entender o que significa o transtorno hipertensivo para a mulher que a vivencia, no intuito de alargar meu olhar, buscando conhecer quais as formas de atenção utilizadas por estas mulheres além da compreensão de como se articulam as diferentes formas de atenção à saúde, com o propósito de mergulhar na rede de símbolos e significados que movimentam, motivam e norteiam essas mulheres frente à sua situação de “ser existencial”.

Acredito que o desvendamento dessa faceta da realidade poderá auxiliar na compreensão da perspectiva nativa, “*emic*” (YOUNG,

1976), “subjetiva” desses sujeitos, e então, gerar outros saberes que poderão auxiliar as instituições, os programas oficiais e as equipes profissionais a alargarem o escopo de conhecimentos e práticas voltados à atenção em saúde dessa parcela da população usuária das instituições de saúde.

Young (1976), Kleinman (1980, 1988) e Menéndez (2003) são teóricos da Antropologia que ajudam a alicerçar esta problemática, principalmente a partir de conceitos como *disease*, *illness* e *sickness*, que apontam uma nova direção, um primeiro sinal a ser seguido no sentido de diminuir minha insatisfação com a realidade do cuidado no mundo do hospital, uma vez que, resumidamente, o termo *disease* define a doença configurada apenas como uma alteração no funcionamento da estrutura biológica, o termo *illness* se refere à experiência vivida, ou seja, sob o prisma do próprio sujeito que a vivencia, e *sickness* aborda a doença como um distúrbio no seu sentido genérico em relação às forças macrossociais (KLEINMAN, 1988). Esses termos analíticos tomam lugar em diferentes **formas de atenção à saúde** (MENÉNDEZ, 2003).

Essas formas de atenção constituem-se em diferentes tipologias: a biomédica, que é resultante de ação de profissionais de saúde, generalistas ou especialistas, que atuam em instituições públicas, e que fazem parte do sistema oficial de saúde, e outras diferentes formas de atenção; a do tipo “popular” e “tradicional”, que engloba ações de curandeiros, bruxos, shamãs ou figuras santificadas cristãs ou de outros grupos religiosos; a forma alternativa, paralela ou *new age*, que inclui a cura pela bioenergia e novas comunidades religiosas de cura; as práticas derivadas de outras atividades acadêmicas tradicionais como acupuntura, medicina ayurvédica e medicina chinesa; além das práticas classificadas como de autoajuda, que se caracterizam por serem orientadas por pessoas que vivenciam o problema de saúde que é comum ao grupo (MENÉNDEZ, 2003).

Tal “divisão”, na verdade, é apenas conceitual, e serve unicamente para fins analíticos, pois, como diz Menéndez (2003), são sistemas dinâmicos, mutáveis e cujas práticas nem sempre são excludentes, podendo ser desenvolvidas concomitantemente. As gestantes, como “clientes”, se utilizam destas várias formas de atenção, sob diferentes perspectivas. São mulheres que são sujeitos sociais distintos, que participam de grupos diversos, e que concebem e sofrem diretamente com os problemas de saúde. Portanto, buscam soluções para seus problemas, inclusive aqueles que ocorrem em concomitância com a gestação, como é o caso da hipertensão, sob o escrutínio de diversas formas de atenção em saúde, o que não implica, necessariamente,

excluir ou privilegiar uma única forma de atenção. Na abordagem de Menéndez (2003), todas essas modalidades estão em constante interação, num processo de troca, ao qual o autor denomina de “transação” (MENÉNDEZ, 2003, p.189). Essa dinâmica transacional é marcada por relações de hegemonia e subalternidade.

Para compreender as diversas nuances e movimentos complexos de vigência desses diferentes modos de atenção à saúde, apontados por Menéndez, é preciso compreender o conceito de “autoatenção”, considerada como

[...] representações e práticas que as pessoas usam em nível individual e de grupo social para diagnosticar, explicar, tratar, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem intervenção central, direta e intencional de profissionais, mesmo quando estes possam ser referência das atividades de autoatenção; de maneira que a autoatenção implica em decidir a autoprescrição e utilização de um tratamento, de forma autônoma ou relativamente autônoma (MENÉNDEZ, 2003, p. 198, tradução nossa).

Este conceito permite conhecer o ponto de vista dos sujeitos que passam pela experiência de uma doença e analisar quais as formas de atenção utilizadas pelos mesmos em um contexto transacional de ubiquidade de diferentes formas, “mantendo relações de aproximação e distanciamento com os macroprocessos socioculturais” (MONTICELLI, 2003, p. 46).

No decorrer de anos de prática profissional, no sistema de saúde oficial vigente, tive oportunidade de observar que, inúmeras vezes, as gestantes acometidas por transtornos hipertensivos são tratadas de forma totalmente impessoal, como apenas um caso de doença (*disease*), não sendo respeitadas como seres socioculturais, pois os significados que atribuem à sua condição e as formas de atenção por elas utilizadas, quando não são descartados, em vista do pouco “valor” científico que possuem, são sequer perscrutados ou requeridos para comporem a identificação de sua situação clínica e, muitas vezes, o próprio tratamento instituído fica à margem de sua compreensão, valorização e seguimento. Em contrapartida, muito tem sido feito em termos terapêuticos, medicamentosos e exames sofisticados, próprios da

condição de gestante “de risco”, porém desconsiderando, quase sempre, a individualidade dessa mulher, a impressão que tem da vida, a experiência subjetiva de como vivencia tal condição de saúde (*illness*) dentro de outra situação especial, que é a vivência, em si, da própria gestação – uma situação, portanto, duplamente importante e de dupla vulnerabilidade, seja clínica, seja social.

O modelo assistencial obstétrico praticado hoje está fortemente impregnado pelo paradigma cartesiano, dualista, que divide o homem em corpo e mente. O processo de doença é visto como unicamente biológico e corporal. Neste paradigma, a assistência obstétrica caracteriza-se por um excesso de procedimentos técnicos, colocando a mulher numa postura temerosa, desconsiderando, muitas vezes, sua história, suas crenças e valores e também outras formas de atenção utilizadas pelas mulheres na busca de resolver seus problemas de saúde. Acredito que *disease* e *illness* não devem ser vistos como entidades separadas, e sim, como um mesmo fenômeno, explicado por pontos de vistas diferentes, resultado de contextos culturais e experiências diversas.

Aos poucos e em movimentos esparsos, a despeito do progresso tecnológico da biomedicina, vem crescendo a necessidade de uma visão voltada para os aspectos sociais, culturais e simbólicos, que são inerentes ao processo saúde-doença, haja vista o crescente movimento pela humanização da assistência em saúde, nas últimas décadas, inclusive, no modelo oficial de saúde brasileiro. Eu, assim como tantos outros profissionais da “saúde”, sinto a necessidade, que se impõe no dia a dia, de recuperar a totalidade do ser humano, desconstruindo a dicotomia corpo e alma, biológico e social, – algo tão acentuado na práxis profundamente marcada pelo reducionismo positivista.

Do ponto de vista da gestante e sua família, a gravidez e todos os eventos relacionados a ela não são apenas fisiológicos, mas ultrapassam a dimensão do corpo físico, abarcando processos culturais que são constantemente reelaborados na vivência com a família e outros grupos. Portanto, trata-se de uma rede de símbolos e significados (GEERTZ, 2008a) submetida a uma construção singular e simbólica, resultando em experiências pessoais que ultrapassam o contexto biológico. Essa experiência, em meu entender, precisa ser compreendida na sua integralidade, ou seja, sem “dividir” os sujeitos em partes, quase sempre entendidas como não intercambiáveis.

Diante disso, identifico duas importantes lacunas no cuidado às gestantes acometidas por transtornos hipertensivos. A primeira refere-se à falta de entendimento que nós, profissionais de saúde, temos, sobre os

significados culturais atribuídos por essas mulheres, ao processo saúde-doença vivenciado, assim como sobre as diferentes formas de atenção que essas mulheres utilizam quando se deparam com a dupla situação de serem “gestantes” e “hipertensas”. A segunda diz respeito à carência de conhecimentos sobre como se concretizam as relações entre os profissionais da biomedicina e as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos.

Acreditando que as mulheres gestantes portadoras de transtornos hipertensivos interpretam e atribuem sentidos às suas experiências, a partir da rede de símbolos e significados criada e recriada em interlocução contínua com suas famílias, grupos sociais e com os profissionais de saúde que as assistem, minha intenção com este estudo foi de realizar interpretações densas (GEERTZ, 2008a), mergulhando nas narrativas e nas práticas cotidianas dessas mulheres para, por meio de um estudo etnográfico, compreender as experiências das mesmas com relação ao transtorno hipertensivo, também, identificar as formas de atenção à saúde, utilizadas por elas, além de aprofundar como interagem com o sistema oficial.

Nesse sentido as questões norteadoras da etnografia foram balizadas pelas seguintes interrogações: **1) Quais os significados culturais da hipertensão gestacional para as gestantes que a vivenciam? 2) Quais as formas de atenção e autoatenção à saúde utilizadas pelas gestantes que vivenciam transtornos hipertensivos? 3) Como as gestantes que vivenciam transtornos hipertensivos interagem com os profissionais da biomedicina?**

Os **objetivos** do estudo constituíram-se de: **1) Compreender os significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez. 2) Identificar as formas de atenção e autoatenção à saúde utilizadas pelas gestantes durante a vivência dos transtornos hipertensivos. 3) Identificar como ocorrem as relações entre as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos e os profissionais que exercem a biomedicina.**

Acredito que os resultados deste estudo etnográfico poderão trazer um novo olhar para a assistência em saúde a essas mulheres. Essa perspectiva permitirá vislumbrar as mulheres portadoras de transtornos hipertensivos como sujeitos com individualidades, sentimentos e modelos explicativos (KLEINMAN, 1980), que podem legitimar outras abordagens de interpretação dos sintomas, declarações diagnósticas, formas de terapias e procura de terapeutas para diminuir as aflições relacionadas com a experiência de ter de conviver com a doença.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O CONCEITO DE CULTURA SOB A PERSPECTIVA DA ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA

Nas leituras mais aprofundadas sobre o conceito “cultura” percebi que o mesmo tem sido largamente utilizado e discutido, não só no contexto das ciências sociais, como também no âmbito das ciências da saúde, e que se trata de um construto extremamente amplo e complexo, sendo usado nas formas mais variadas, por diferentes estudiosos, e nas diferentes áreas de conhecimento.

Em face da amplitude de significados possíveis de serem atribuídos ao conceito, cada qual calcado em um paradigma teórico ou em uma visão de mundo específica, surgiu a necessidade de refletir sobre esta categoria conceitual e entendê-la no contexto da Antropologia Interpretativa. A Escola Interpretativista, que nos interessa de forma particular, é marcada pelo paradigma hermenêutico, que se desenvolve a partir das ideias de Clifford Geertz, na década de 60, o qual sofreu influência de diversos autores.

A proposta interpretativa de Geertz (2008a; 2008b) é de valorizar a experiência, a expressão humana. A antropologia é ciência que se faz, não com base em princípios ou leis, mas uma “ciência interpretativa à procura do significado” (GEERTZ, 2008a, p.4). Desta forma, o objetivo da Antropologia é o aprofundamento no universo humano, utilizando uma abordagem semiótica da cultura. Geertz (2008a) percebe a questão da compreensão dos padrões culturais, organizados através de símbolos sociais, que se manifestam nos comportamentos individuais, como uma tese fundamental para a Antropologia.

A Antropologia Interpretativa ou Simbólica dá “uma nova roupagem ao conceito de cultura, passando a defini-lo como a expressão humana frente à realidade, e não apenas como um conjunto de crenças e valores” (SILVA, 2001, p.27).

Geertz (2008a), reinterpretando alguns conceitos da sociologia clássica weberiana, pondera que a cultura é um conceito essencialmente semiótico, uma teia de símbolos e significados tecida pelo próprio homem, portanto não é uma ciência experimental que busca leis, mas sim uma ciência interpretativa que procura significados.

Vivendo em sociedade, o homem tem seu comportamento guiado por um conjunto de símbolos significativos, criados, transmitidos e

transformados pelos próprios homens, para dar sentido aos acontecimentos de sua vida, o que, segundo Monticelli (2003, p.42), “permite aos grupos e indivíduos, a interpretação das suas experiências e a condução de suas ações, permitindo a criação de um elo entre as formas de pensar, aspectos cognitivos e as formas de agir”, ou seja, aos aspectos pragmáticos da vida humana, ressaltando, desta forma, a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano.

A cultura é um contexto dentro do qual os acontecimentos sociais, as instituições e os comportamentos podem ser escritos com densidade. Ela consiste em estruturas de significado socialmente estabelecidas, ou seja, em sistemas entrelaçados de signos interpretáveis. A cultura deve ser entendida como um conjunto de formas simbólicas publicamente disponíveis e socialmente compartilhadas, a partir das quais as pessoas experimentam e expressam significado (GEERTZ, 2008a). Portanto, “a cultura é pública porque o significado o é” (GEERTZ, 2008a, p.9). Langdon (1996, p.11), reforçando esta ideia, ressalta que “a cultura não existe *a priori* da ação, não estando estabelecida por normas e valores, e não sendo algo fixo ou homogêneo”.

Olhando sob a perspectiva antropológica interpretativista, a cultura se manifesta no modo de vida de um povo, pelos seus sentimentos, pensamentos e atos, que são transmitidos e transformados dentro de um determinado grupo social, sendo passado de geração a geração, e as novas gerações incorporam este modo de vida e o ressignificam, isto é, dão novo revigoramento à forma de vivenciá-lo emocionalmente, e de comportar-se dentro dele, definindo seu caráter dinâmico.

Langdon (1996, p.11) afirma que “a cultura é um sistema público centrado nos atores” que, por meio dela, interpretam seu mundo, dirigem suas ações e, desta forma, concretizam sua reprodução. Para essa autora, a cultura é expressa nas interações sociais, *locus* em que os atores comunicam e negociam os significados.

Geertz (2008a; 2008b), a partir de estudos de diferentes sociedades, percebeu a cultura como um arcabouço que estrutura a organização comunitária, indicando que esta pode ser definida como um sistema cultural de organização e controle de grupos sociais. Signos de poder, quando utilizados por diferentes grupos de indivíduos, geram relações de poder e submissão entre os membros de uma comunidade. Tal relação entre o poder e o objeto de sua ação, é mediada pela cultura. Para Geertz, isto é razoável, uma vez que o conceito de cultura é visto como um padrão de significados transmitidos historicamente,

incorporado em símbolos e materializado em comportamentos. Desta forma, fornecendo ‘modelos de’ e ‘modelos para’ a realidade.

Segundo Silva (2001, p.27), “a cultura passa a servir como modelo para o homem interpretar seu mundo e também um modelo para agir no mundo”. Desse modo, entende-se que o conceito de cultura é abrangente e assaz complexo, o que requer a compreensão da individualidade do ser humano, e também do seu conjunto social.

Para Langdon (1991), o papel fundamental da cultura está em determinar a forma de vida de um grupo. A cultura, segundo essa autora, “organiza o mundo para o grupo e o organiza segundo sua própria lógica, para formar um total. Assim, a cultura tem sua própria lógica, e sua integração depende dessa lógica” (LANGDON, 1991, p.3). Assim, a cultura é em parte controladora do comportamento em sociedade, mas, ao mesmo tempo, cria e recria este comportamento, devido ao seu conteúdo ideológico, impossível de ser esvaziado de significado, já que toda cultura possui uma ideologia que o embasa, pois, para Geertz (2008a), a ideologia é apresentada como a dimensão norteadora.

Vivendo em sociedade, o homem tem seu comportamento guiado por conjuntos de símbolos significativos, criados, transmitidos e transformados pelos próprios homens, para dar sentido aos acontecimentos de sua vida. A compreensão dos comportamentos manifestados pelos indivíduos é a questão fundamental para a Antropologia. Cabe ao antropólogo compreender esses meios semióticos, através dos quais as pessoas se definem no íterim de sua cultura. Este conceito semiótico de cultura é fundamental na construção do interpretativismo, já que, para Geertz (2008a), a antropologia busca **interpretações**.

Compreender comportamentos revelados pelos indivíduos é um ponto essencial não só para a antropologia, mas também para os profissionais de saúde, os quais podem encontrar aí subsídios para conhecer e compreender os comportamentos de cuidado adotados pela população e, desta forma, realizar o cuidado em saúde culturalmente congruente.

Considerando-se a perspectiva etnográfica a ser efetivada no presente processo investigativo, o conceito de cultura, como definido pela Antropologia Interpretativa, auxiliou no alcance de seus objetivos, uma vez que permitiu uma relação mais próxima do pesquisador com os informantes, no caso, as mulheres portadoras de hipertensão gestacional, e também, uma abordagem diferenciada do processo saúde-doença, em relação àquela utilizada pela maioria dos profissionais da biomedicina.

2.2 A CULTURA E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Para Geertz (2008b, p. 29), “o estudo interpretativo da cultura representa um esforço para aceitar a diversidade entre as várias maneiras que seres humanos têm de construir sua vida no processo de vivê-las”. Então, o olhar sobre o processo saúde-doença, enquanto fenômeno socialmente construído pode revelar uma experiência repleta de significados, facilitando o desvendamento das experiências das gestantes acometidas por transtornos hipertensivos na gestação, com relação à vivência de suas situações específicas frente à doença hipertensiva, durante a ocorrência da gravidez.

A doença, vista sob o olhar da Antropologia Interpretativa, tem seu significado moldado por episódios culturais e sociais, não sendo estática, mas um processo experiencial, que requer interpretação sociocultural e negociação de significados (LANGDON, 1994).

A perspectiva interpretativista considera três aspectos importantes para o entendimento desse processo: a abordagem da doença como uma construção sociocultural; o conceito de doença como processo; e a negociação e construção da doença num mundo de sistemas médicos plurais e de forças políticas desiguais (LANGDON, 1994). Este referencial pressupõe que as características sociais e culturais de determinado grupo podem influenciar e modificar não só a etiologia, mas a manifestação e os comportamentos de cuidado em relação ao processo.

O contexto cultural, ou seja, o universo particular permeado por simbologias e significados é a base em que esses significados se criam e recriam, influenciando a forma de sentir e agir de cada sujeito. A partir da introdução desta visão no campo do cuidado, o foco de atenção passa a ser redirecionado, deslocando-se da doença, enquanto disfunção fisiológica, para a doença construída e interpretada pela especificidade do sentir e do viver, baseada na experiência vivenciada, abrangendo percepções, crenças e comportamentos, podendo contribuir para a compreensão da doença, gerando assim uma nova concepção sobre a relação entre o indivíduo e a cultura e possibilitando uma integração do contexto sociocultural na abordagem dos problemas de saúde (FERREIRA, 1994).

Os caminhos da Antropologia Interpretativa mostram que a doença, enquanto experiência vivida por cada um ou por um grupo social vai além do conjunto de sinais e sintomas relatados e demonstrados no âmbito e nos limites do corpo. A doença, nesta

perspectiva, transcende a disfunção fisiológica, trazendo à tona uma série de conceitos analíticos como *disease*, a doença definida pela dimensão biofisiológica, dentro do contexto da biomedicina, *illness* que desvenda a perspectiva subjetiva e cultural da doença, e ainda, a *sickness*, conceito que traz a doença na sua concretude, como um processo social que apresenta a visão da doença do indivíduo e permite a ele usar a sua realidade para explicá-la. (YOUNG, 1976; GOOD, 1977; KLEINMAN, 1988; LANGDON, 2003).

Na perspectiva interpretativista, a doença é vista como “culturalmente determinada, pois a cultura organiza a experiência da doença e do comportamento, diversamente, em cada sociedade, produzindo estruturas simbólicas e metáforas relacionadas à doença” (CAPRARA, 2003, p.924). Neste aspecto, a abordagem deste objeto se mostra mais ampla que aquela dada ao tema pela biomedicina, quando torna necessária a articulação dos planos biológico, psicológico e sociocultural. Tal abordagem é facilitada pela Antropologia Interpretativa, que permite buscar a compreensão do processo saúde-doença na sua singularidade, destacando as dimensões simbólicas que permeiam a construção dos significados e não perdendo de vista os elementos culturais que estão em constante transformação, em consequência da própria característica da dinâmica cultural.

O processo saúde-doença, sob as lentes da Antropologia Interpretativa, é visto como uma experiência sociocultural, rejeitando a ideia central do paradigma positivista que, pelo seu reducionismo, nega essa construção, preocupando-se fundamentalmente com as disfunções fisiológicas. O olhar antropológico busca investigar as características sociais e culturais, bem como a percepção e a interpretação, valorizando o sujeito e a experiência.

Langdon (1996, 2003) examina a passagem da abordagem da Etnomedicina para a Antropologia Interpretativa, na década de setenta, quando vários antropólogos propuseram alternativas sobre o conceito da doença em relação à biomedicina, citando diversos autores, cujos trabalhos “juntaram” o campo da biomedicina com preocupações da antropologia simbólica, semiótica, a psicologia e as questões sobre eficácia da cura, preocupando-se, assim, com a construção de paradigmas nos quais a dimensão biológica estivesse articulada com a cultural, diferenciando-se da etnomedicina tradicional, por relativizar a biomedicina e preocupar-se com a dinâmica da doença e com o processo terapêutico, possibilitando seu estudo em diferentes contextos, e então, eliminando a noção de medicina primitiva como enfoque e como conceito (LANGDON, 2003).

Entre os principais representantes da Antropologia da Saúde de base Interpretativista estão Arthur Kleinman e Byron Good. Seus estudos contribuem com um quadro teórico-metodológico fundamental para a análise dos fatores culturais capazes de interferir no campo da saúde. Seus trabalhos destacam a importância de considerar que as alterações, sejam orgânicas ou psicológicas, só nos são acessíveis, por meio da mediação cultural (UCHÔA; VIDAL, 1994). A principal contribuição está na distinção conceitual entre os termos *disease*, a doença como alteração fisiológica, e *illness*, a doença como experiência, uma construção cultural, conforme assinaléi anteriormente.

Monticelli (2003) destaca que houve aprofundamento nos estudos destas categorias analíticas nos últimos vinte anos, fornecendo, desta forma, bases para o entendimento dos diversos sistemas culturais que coabitam no mundo contemporâneo e para iluminar as relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e clientes.

A categoria conceitual definida como *disease*, isto é, na perspectiva do profissional, é a doença enquanto alteração do funcionamento do organismo humano, restrita a uma disfunção fisiológica. De acordo com Kleinman (1988), na perspectiva reducionista do modelo biomédico, configura apenas alterações da estrutura biológica. Monticelli (2003) complementa que, invariavelmente, o diagnóstico médico se baseia em sinais físicos, que denotam alteração dos padrões de funcionamento do organismo biológico, possíveis de serem demonstrados de forma objetiva.

A construção do conceito *disease*, na sociedade ocidental, se deu com o desenvolvimento da biomedicina, dentro de um modelo positivista, calcado na racionalidade científica, que prioriza a dimensão corporal, e cuja principal verdade é de que a doença se constitui em um conjunto de sinais e sintomas que pode ser explicado por alterações fisiológicas. Nesta perspectiva o homem é dividido em corpo e mente, em que se valoriza a doença e se nega as dimensões psicológicas e socioculturais do fenômeno. Esta visão se concentra na objetivização da doença, eliminando qualquer outra explicação, inclusive aquela dada pelo próprio paciente (BONET, 2004).

De acordo com Menéndez (1988), as principais características do modelo médico hegemônico são:

biologismo, individualismo, a-historicidade,
associabilidade, mercantilismo, eficácia
pragmática, assimetria, autoritarismo, a
participação subordinada e passiva do paciente, a
exclusão do conhecimento do consumidor, a

legitimidade jurídica, profissionalização formalizada, identificação com a racionalidade científica, tendências indutivas ao consumo médico (MENÉNDEZ, 1988, p.452, tradução nossa).

A lógica que predomina na visão da doença/*disease*, no modelo biomédico, é a do etnocentrismo, que “consiste em pensar o mundo por meio de um referencial único, ou seja, tendo como referência a cultura, os valores e os costumes de uma sociedade em detrimento da outra” (NAKAMURA, 2009, p.19). Assim, a doença como *disease* também é considerada como construção cultural específica de um grupo de profissionais de saúde.

O etnocentrismo se manifesta fortemente no setor profissional ocidental, cujo conhecimento é dominante e hegemônico. A consequência mais evidente deste reducionismo é o enfraquecimento do paradigma biologicista, alimentado pela posição excludente da biomedicina que, segundo Menéndez (2003), tenta manter sua hegemonia, excluindo e desvalorizando outras formas de conhecimento que não o seu. Segundo esse autor, em decorrência desta posição, vem ocorrendo o crescimento de práticas alternativas que aceitam e valorizam as perspectivas negadas pela biomedicina.

Kleinman (1988) salienta a importância da incorporação da perspectiva cultural da doença no contexto da clínica, afirmando que a doença não pode ser definida de forma homogênea, uma vez que cada sujeito tem uma história vivida, uma forma de explicar e de interpretar sua doença. Para esse autor, *illness* diz respeito à experiência humana e envolve a percepção dos sintomas, a resposta a eles e as incapacidades que deles resultam. Compreende a categorização e a explicação dadas pelo senso comum ao sofrimento causado por alterações fisiológicas, abarcando os acordos feitos pelo grupo social e que estão relacionados à melhor forma de lidar com os sofrimentos e com problemas do cotidiano. Inclui também os comportamentos de doença como: alterar a dieta, fazer repouso, decidir sobre o uso de medicação e a respeito de quando buscar cuidado profissional. A *illness* está relacionada às principais dificuldades e incapacidades que os sintomas geram no cotidiano das pessoas (KLEINMAN, 1988).

Neste sentido, a experiência da doença não é considerada simplesmente como um reflexo patológico, mas sim, como uma construção cultural que o ator expressa de acordo com sua cultura.

Monticelli (2003) auxilia neste argumento interpretando que a *illness* é a experiência subjetiva das pessoas (clientes), de modo individual ou coletivo, sobre um determinado estado ou problema construído culturalmente.

Ainda, segundo Good (1997), o termo *illness* é constituído, em certa extensão, pela união de símbolos, sentimentos e estresse e, sendo assim, integrado à estrutura de um grupo social e sua cultura. Seu significado toma forma a partir do momento que passa a ser utilizado na interação social, para articular a experiência de sofrimento e ocasionar ações que aliviarão este sofrimento. Nesta perspectiva, a doença é entendida como experiência associada às teias de símbolos e significados, resultante da interação social, e que depende das características de vida do indivíduo e do contexto sociocultural onde é criada e interpretada. A construção da *illness* tem sua base em um sistema de crenças e significados que tem estrutura e lógica próprias, diferentes daquelas da biomedicina. Isso, por conseguinte, aloca a cultura como característica da resposta humana, mas tal característica, como argumenta Good (1997), costuma ser ignorada pelas ciências comportamentais, o que tem gerado críticas de amplo espectro dentro da Antropologia.

Langdon (2003) auxilia nesta interpretação, sublinhando que os indivíduos percebem a realidade e agem dentro de uma perspectiva sociocultural e de sua experiência subjetiva, sendo que a doença pode ser considerada não apenas como um processo biológico, mas também o resultado do contexto cultural e dessas experiências. Good (1997, p. 53, tradução nossa), por sua vez, reafirma que “[...] biologia, práticas sociais e significado interagem na organização da *illness* como objeto social e experiência vivida”.

Entende-se a doença, pois, como fenômeno cultural, cuja prática social é centrada no **significado**. De acordo com Uchoa e Vidal (1994), estas ideias foram desenvolvidas tendo como paradigma o construtivismo e a doença como experiência (a *illness*). Sua epistemologia é transacional e subjetiva, tendo o homem como sujeito, sendo que sua dimensão ontológica está no relativismo, na hermenêutica, na etnografia, nas narrativas orais da *illness* e nos modelos explicativos.

É preciso compreender que o “estar doente” gera sentimentos e representações que se transformam em experiências que vão constituir o corpo do conhecimento leigo.

Alves (1993, p. 263) define experiência como

[...] uma categoria analítica, ‘experiência da

enfermidade'. É um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença. Para analisar este conceito, a literatura especializada parte da premissa de que as pessoas (re) produzem conhecimentos médicos existentes no universo sociocultural em que se inserem. Todavia, a interpretação de como os indivíduos se apropriam de um conjunto de ideias e crenças relativas à doença tem sido problemática para a Antropologia.

A experiência é uma das dimensões da doença que deve ser considerada, pois é nela que está contida a singularidade e o significado que vai servir de base para o início de uma relação frutífera, tanto para o profissional de saúde, quanto para o cliente ou usuário do sistema de saúde oficial. Assim, compreender os significados das mulheres portadoras de hipertensão gestacional é tarefa complexa, na qual se torna necessário mergulhar nas subjetividades, a fim de trazer à tona a rede de símbolos e significados encarnada nesta experiência. Trata-se, fundamentalmente, de conhecer seus universos, na perspectiva das gestantes como sujeitos culturais, nos quais se criam e se recriam as experiências de viverem com hipertensão arterial.

Young (1976) considera as duas categorias analíticas, *disease-illness*, insuficientes para entender a pluralidade de significados da doença e para definir o aspecto social do episódio de “doença” apresenta o conceito de *sickness*, pois para esse autor, são as forças sociais que levam os indivíduos a sofrer a *illness*, apresentar a *sickness* além de determinar quais os tratamentos serão utilizados por ele. Para Young (1976), uma *sickness* desafia os significados neste mundo enquanto que práticas médicas transformam o evento em um episódio com significado e forma. Segundo ele, o episódio de *sickness* se desenvolve da seguinte maneira: inicia no momento em que o indivíduo ou seus familiares decidem quais os sinais que podem explicar os sintomas apresentados, em seguida decidem quem (agente *sarador*) é mais indicado para cuidar destes sintomas; algumas vezes eles mesmos podem ter poder suficiente para isso. A ação esperada do agente *sarador* é a de legitimar os resultados do episódio, e isto acontece de acordo com regras compartilhadas pelas pessoas doentes, curadores e espectadores, no contexto social cujas regras estão codificadas nas etiologias do sistema médico. O objetivo social a ser atingido é a exculpação da pessoa

afetada. Pode-se dizer que, para esse autor, a exculpação utiliza os meios oferecidos pela sociedade para exculpar a pessoa afetada transferindo a responsabilidade do indivíduo para outro agente social e ocorre de acordo com condições sociais legitimadas.

Kleinman (1988) traz ainda o conceito de *sickness* como um termo abrangente, que envolve a percepção da doença não apenas pela perspectiva médica da pessoa afetada. Sua definição engloba um distúrbio relacionado, de forma universal, às forças macrossociais (econômico, político, institucional) que contribuem para colocar determinadas populações sob certos riscos. Este conceito considera a doença como um processo pluridimensional, abrangendo o ponto de vista de todos os que nele estão envolvidos. O fenômeno saúde/doença transcende, pois, o “eu”, buscando apoio no “nós”, sendo que esta perspectiva provoca mudanças, tanto no indivíduo, quanto na sua rede de interação social. Isto envolve aspectos que vão do âmbito da prática (como a cura da doença), passando pelo âmbito da ordem social (diagnóstico, interpretação, significação, escolha da terapia, etc.), e indo até a ordem ontológica (enquanto constituição do “ser/estar” doente).

Desta forma, o conceito de *sickness* abarca a noção de doença expandida para o âmbito das relações, as quais são vistas como responsáveis, tanto pela criação, como pelo diagnóstico de determinada doença (considerando as causas que levaram determinado indivíduo a ser acometido por determinado fator), bem como as formas de atenção mais eficazes para a prevenção, o tratamento e a cura, além de eleger quem são os profissionais/cuidadores mais indicados para o cuidado.

Young (1976), com base no conceito de *sickness*, aborda a visão das doenças de forma mais ampla, aceitando os valores construídos culturalmente e também relativizando a abordagem biomédica em relação à efetividade empírica das medicinas tradicionais. Para este autor, as crenças e práticas relacionadas à saúde persistem, porque atendem a imperativos morais e instrumentais, o que as torna empiricamente eficazes. Tal eficácia tem consequências ontológicas, desde que possibilitem aos episódios de “mal-estar, crise ou distúrbio” (*sickness*), comunicar e confirmar ideias sobre o mundo real, o que é diferente de dizer que elas são efetivas, de acordo com a leitura da medicina ocidental.

Na visão de Menéndez (2003), na prática, ocorre a articulação dos três conceitos, o que se configura no que ele chama “processo de saúde/enfermidade/atenção”.

2.3 AS DIFERENTES FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo Kleinman (1988), todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural. Desta forma, diferentes grupos culturais teriam diferentes formas de explicar as doenças no tocante à sua etiologia, evolução, sintomatologia e tratamento. De acordo com o autor, a separação dos planos biológico, psicológico e sociocultural poderia ocorrer, segundo o ponto de vista cultural, se considerássemos que a doença, enquanto *disease*, também é uma construção cultural, segundo o modelo da biomedicina. Langdon (2003) complementa tal argumento, enfatizando que o sistema de saúde é também um sistema cultural no qual as instituições e interações pessoais são organizadas de forma particular, abarcando elementos relacionados à cultura e aos processos de saúde e doença. Isto dá aos indivíduos as pistas necessárias para que interpretem sua doença e atuem com relação a estas interpretações. A autora sublinha, no entanto, que “o próprio significado das coisas não é dado, mas depende do contexto, e emerge da interação social” (LANGDON, 2003, p. 96).

Segundo Monticelli (2003), o sistema de saúde se caracteriza como sendo um sistema simbólico cujas bases estão na organização das instituições sociais e nas relações que ocorrem em toda cultura.

A Antropologia Interpretativa de Clifford Geertz, que afirma que a cultura fornece modelos “de” (sistemas de símbolos para interpretar o mundo e agir nele) e modelos “para” (ao agir no mundo a pessoa modela, cria e recria a realidade), serviu de base para Arthur Kleinman explicar os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. Este autor criou os Modelos Explicativos (ME), que se constituem de noções elaboradas a partir de episódios de doenças e em referência aos tratamentos que foram utilizados. Um ME é o conjunto de ideias dos atores sociais envolvidos em um episódio sobre o processo de doença e seu tratamento (MONTICELLI, 2003; KLEINMAN, 1988; KLEINMAN, 1980; KLEINMAN, 1978).

A organização de modelos explicativos serve de instrumento analítico para comparar **diferentes sistemas de cuidado**, nas suas interações. Os MEs só podem ser compreendidos se forem analisados dentro do contexto específico em que são empregados, uma vez que este exerce influência sobre os mesmos. O contexto de um ME pode ser a organização social e econômica e a ideologia dominante da sociedade na qual o indivíduo vive, adoece e busca auxílio e se trata (HELMAN,

2003).

Kleinman (1980) distingue “os modelos explicativos” dos profissionais e os “modelos explicativos” utilizados pelos doentes e suas famílias. Esses modelos têm suas bases em diferentes setores da sociedade e veiculam crenças, normas de conduta e expectativas específicas.

Segundo Kleinman (1978, 1980, 1988), os MEs são três: o popular e o tradicional ou *folk*, referentes ao setor informal, e o profissional. Langdon (1994) denomina o setor popular de setor familiar, e de setor popular ao que Kleinman identifica como *folk*, sem alterar os sentidos ou definições de cada um deles. Em uma sociedade, estes modelos se sobrepõem e se interligam, porém cada um tem sua própria forma de explicar, tratar a doença e de interagir com os outros sistemas. Aqui ficam claras as limitações do ME – ignora a práxis, a relação entre estruturas simbólicas e experiência, e a própria heterogeneidade dos atores –, visto que não é possível dividir em três setores mutuamente exclusivos.

Good (1977), em seus estudos sobre modelos explicativos, introduziu a noção de rede semântica da saúde, definindo-a como sendo as estruturas profundas que fazem a ligação entre as concepções de saúde e enfermidade a valores culturais fundamentais de uma civilização, permanecendo fora do conhecimento explícito cultural e da consciência dos membros que compõem a sociedade, apresentando-se como naturais e dando sustentação ao discurso e ao comportamento profissional e familiar, possuem longevidade e plasticidade.

Os MEs são sustentados tanto por pacientes e familiares, quanto por especialistas populares e também pelos profissionais do sistema oficial, que oferecem explicações sobre a doença e o tratamento, com os objetivos de orientar as escolhas entre as diferentes terapias e diferentes profissionais disponíveis e também de contribuir para elaboração dos significados pessoais e sociais da experiência da doença. Helman (2003) argumenta que é no setor familiar que os problemas são primeiramente identificados, e é onde as primeiras medidas terapêuticas são escolhidas, sempre no ambiente privado. Ele é composto por familiares, amigos, vizinhos, desde que compartilhem os mesmos pressupostos sobre a doença, sem que haja necessidade de procura o sistema oficial.

Young (1982) acrescentou aos modelos explicativos de Kleinman duas outras formas de conhecimento da doença: os protótipos e os complexos encadeados. Para ele, o modelo explicativo implica proposições causais estáveis e compartilhadas por um grande número de pessoas. O protótipo normalmente revela apenas associações de

contiguidade, cronologia e semelhança, sendo um instrumento para um raciocínio instável, limitado a um pequeno círculo de pessoas, ainda que possa expressar relações de causa e efeito. O complexo encadeado difere deste, por ser fruto de forças inconscientes. As declarações dos informantes sobre a enfermidade, de uma maneira geral, resultam da associação destas estruturas.

Kleinman (1988) destaca que o predomínio da visão do *disease* em detrimento ao *illness* tem resultado, quase sempre, em problemas de comunicação entre os setores, e, principalmente, com o setor profissional. Segundo Menéndez (1998), é comum que o setor profissional encare as práticas utilizadas pela população, de forma negativa, considerando que todo conhecimento popular deverá sempre ser modificado. Com base nestas premissas, é importante refletir que durante um atendimento individual ou coletivo, a confrontação dos variados modelos explicativos pode resultar em desentendimentos e conflitos desnecessários entre médicos e pacientes, além de resistências às intervenções bem-intencionadas, resultando em prejuízos para ambas as partes.

Para Menéndez (2003), existe nas sociedades ocidentais atuais, um pluralismo médico que inclui diferentes formas diagnósticas, diferentes indicadores para a detecção dos problemas de saúde e inúmeras formas de tratamento ou modelos de atenção que são utilizadas pela população. Sob a ótica da Antropologia, os modelos de atenção vão além das atividades da biomedicina, incluindo todas aquelas que, intencionalmente, têm a ver com o cuidado e a busca para prevenir, tratar, controlar, atenuar e/ou curar determinadas doenças (MENÉNDEZ, 2003).

Neste contexto, as atividades relacionadas ao cuidado de saúde são **formas de autoatenção à saúde**, definidas como representações e práticas que indivíduos ou coletividades utilizam quando buscam prevenir, melhorar ou curar problemas que atingem seu estado de saúde sem a indicação ou participação de profissional formalmente reconhecido (MENÉNDEZ, 2003). As decisões sobre as formas de atenção a serem utilizadas nesta configuração acarretam certa autonomia do sujeito sobre seu cuidado.

Menéndez (2003) classifica essas formas de atenção apenas conceitualmente como: biomédica, forma alternativa, paralela ou *new age*, e práticas classificadas como de autoajuda, uma vez que, na práxis social, existe uma constante interação entre elas. Afirmar, ainda, que a relação com a biomedicina implica confronto, uma vez que a força do conhecimento biomédico, hegemônico nas culturas ocidentais não

reconhece nem valoriza as práticas populares. Essas diferentes formas de atenção têm seu determinismo nas condições técnicas, econômicas, científicas, étnicas e religiosas de um grupo social. O autor destaca que os sujeitos, quando vivenciam processos de adoecimento, estão envolvidos na busca por saídas, alívio, cura de seus sofrimentos, avaliando e reavaliando, de acordo com os acontecimentos, as estratégias de enfrentamento, ações práticas, tratamentos, disponibilidade de recursos, etiologias. Este processo compreende uma práxis orientada no objetivo do restabelecimento da saúde ou no alívio do sofrimento (MENÉNDEZ, 2003).

No campo da práxis, a busca por saídas implica diferentes formas de autoatenção. São formas de os próprios indivíduos e sua rede de interação social resolverem os problemas da realidade trazida pela doença, utilizando-se das técnicas e dos conhecimentos próprios (adquiridos ou não da biomedicina) configurando-se em formas de autoatenção, por meio das quais elementos expressos e transmitidos pelo conhecimento biomédico, fundidos com outros tipos de conhecimentos dos indivíduos envolvidos (como as experiências vividas, o período de vivência com a doença, as histórias passadas), vão produzir formas de atenção à saúde (MENÉNDEZ, 2003).

A práxis está centrada no ator e a autoatenção é a primeira forma de atenção no âmbito da família ou do grupo social. A autoatenção é marcada pela intencionalidade e precisa ser entendida na perspectiva do doente e seu grupo, ou seja, não são as práticas e concepções que definem o que é a autoatenção, mas sim os atores envolvidos.

O conceito de autoatenção engloba duas diferenças; a relativa aos sujeitos e a relativa à intencionalidade implicada no processo de atenção à saúde. É o caráter dessa intencionalidade que permite diferenciar o que Menéndez (2009) chama de dois níveis do conceito de autoatenção: a autoatenção em sentido lato e a autoatenção em sentido estrito.

No sentido amplo ou lato, a autoatenção compreende

todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos a nível dos microgrupos, e especialmente, do grupo doméstico; formas que são utilizadas a partir dos objetivos e normas estabelecidas pela própria cultura do grupo (MENÉNDEZ, 2009, p. 48).

Esta maneira engloba desde a prevenção das doenças até as medidas de higiene e saneamento, destarte, atos e ideais não intencionais, os quais são relativos essencialmente à manutenção, recuperação ou aumento da qualidade de vida e saúde dos sujeitos.

A outra forma, autoatenção em um sentido estrito, é definida como “representações e práticas aplicadas intencionalmente ao processo de saúde/enfermidade/atenção” (MENÉNDEZ, 2009, p.45). O sentido estrito da autoatenção abarca a ação intencional dos sujeitos nessa manutenção, recuperação ou aumento de qualidade de vida e saúde. São estes saberes, representações e práticas, que emergem durante os processos de vivência da doença.

Para o autor, a oposição entre as diferentes formas está mais explícita entre os representantes das diferentes formas de atenção do que na própria população, pois se for considerada a perspectiva dos sujeitos que sofrem diretamente com os eventos de adoecimento, a busca por saída através das diferentes formas de atenção não implica, necessariamente, excluir ou privilegiar uma única forma de atenção o que resulta na coexistência de um pluralismo médico e gera uma inter-relação entre as diferentes formas de cuidado ou autoatenção e a biomedicina as quais ele denomina processo transacional (MENÉNDEZ, 2003). Argumenta ainda que a biomedicina, quase sempre, exclui a palavra do paciente, o que acaba gerando o fortalecimento de medicinas alternativas, ou ainda, segundo Bonet (2004), das medicinas românticas.

Bonet (2004) apresenta seu pensamento de forma similar a Menéndez, quando afirma que toda sociedade apresenta formas de explicar e controlar seu processo de saúde-doença de forma mutável de acordo com as transformações sociais. Ele afirma que as explicações são sustentadas ou na ordem social ou na ordem biológica, sendo esta última a que predomina nas sociedades ocidentais, configurando o modelo hegemônico biomédico centrado na doença e não deixando espaço para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais.

Segundo Menéndez (2003), a busca por formas alternativas de atenção se deve ao fato de a biomedicina, de forma geral, não favorecer o relacionamento médico-paciente, excluindo as explicações/experiências do paciente. Também, segundo Bonet (2004), a biomedicina quase não deixa espaço para outras explicações que vão além da linguagem física.

Menéndez (2003) afirma que no percurso do doente são articuladas diferentes formas e sistemas de atenção com o objetivo de encontrar uma solução para o problema e o conjunto das ações supõe a

existência de um saber sobre o processo saúde-doença-atenção e, de acordo com Boehs (2001), é necessário compreender que os diferentes setores têm linguagem própria e estão interligados, sendo que no progresso de um setor para outro as pessoas necessitam conhecer diferentes linguagens e símbolos.

Ao considerar, portanto, as ideias de Menéndez e também de Bonet, é possível inferir que as racionalidades que as gestantes hipertensas utilizam, podem ser diferentes das explicações biomédicas. Os enfrentamentos concretos do cotidiano das mulheres podem não coincidir com as abstrações do mundo clínico da medicina. Uma visão complexa e integral da vivência cultural da gestação exige que o profissional compreenda a experiência do adoecimento e de cuidado dessas mulheres gestantes, e da vida em si, já que, como vimos, a enfermidade é a resposta subjetiva às suas experiências, da família e de toda a rede social. As interpretações subjetivas das gestantes devem ser relevantes, pois podem trazer à tona as vulnerabilidades às doenças, às complicações e à morte.

As diferentes explicações são socialmente construídas e necessitam ser negociadas no transcorrer do processo da cura. Assim, os modelos de saúde e enfermidade e as formas de atenção variam não só em diferentes sociedades, mas no interior de uma mesma sociedade, dependendo da posição socioeconômica e da cultura de quem os constrói: se um médico, um doente ou um curador. Os profissionais atuantes sob a égide do modelo biomédico, de acordo com o ideário dominante, possuem pouco conhecimento sobre as concepções e as práticas dos doentes e familiares. O diálogo é, na maioria das vezes, circunscrito aos sinais e sintomas, havendo quase sempre, profunda desconsideração do conhecimento e da experiência dos sujeitos (BONET, 2004). Como referem Monticelli e Elsen (2004), no modelo instituído, acredita-se que o profissional é quem sabe; enquanto ao paciente é atribuída profunda falta de conhecimento.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Foi desenvolvido um estudo etnográfico de abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2009, p. 22), “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. A escolha por esta abordagem se deu de forma inequívoca, uma vez que pretendia focalizar aspectos relacionados ao *illness*, ou seja, à rede de símbolos e significados na qual as mulheres portadoras de transtornos hipertensivos na gestação estão envolvidas, além de interpretar como se desenrola o intercâmbio entre *illness* e *disease*, no contexto da biomedicina.

De acordo com Polit e Hungler (2004, p. 286), em uma pesquisa qualitativa, “a coleta de dados tende a ser rica e intensa, focalizando a totalidade do fenômeno”, e é isto que pretendo obter com o estudo. A metodologia qualitativa permite maior aproximação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, na medida em que busca a compreensão dos seres humanos de forma aprofundada e densa.

Pode-se afirmar que é sempre uma tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos sujeitos. “Esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (POLIT; HUNGLER, 2004, p.270).

Pesquisas realizadas sob esta abordagem exigem um mínimo de estrutura e muito envolvimento do pesquisador, tendo como base para a construção do conhecimento a subjetividade humana e tendem a produzir grandes quantidades de dados narrativos, pois seus objetivos estão relacionados com a interpretação do fenômeno, o que requer descrição minuciosa ou, como sugere Geertz (2008a), descrições densas.

Estudos de natureza qualitativa têm como foco central a obtenção de dados descritivos obtidos por meio de contato direto e interativo do pesquisador com o sujeito ou o fenômeno/objeto da investigação. O pesquisador busca a compreensão dos fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada para, a partir daí, realizar a interpretação de tais fenômenos. Esses estudos têm no significado seu conceito principal e o caráter indutivo é uma das principais características. De modo geral, são desenvolvidos quando se buscam percepções e entendimentos sobre a natureza geral de uma questão,

permitindo ao pesquisador a interpretação do fenômeno estudado (MINAYO, 2004; POLIT, HUNGLER, 2004).

Além disso, as pesquisas qualitativas utilizam diferentes procedimentos, de ordem reflexiva e intuitiva, que permitem melhor compreensão do fenômeno estudado. Minayo (2009) enfatiza que qualquer investigação social contempla a característica essencial de seu objeto, ou seja, o aspecto qualitativo. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa não é entendida apenas sob o ponto de vista técnico-operacional, mas traz consigo uma concepção teórica que, juntamente com um conjunto de técnicas para coletar informações, possibilitam então a apreensão da realidade.

Considerando que o processo saúde-doença é um fenômeno socialmente construído e

[...] enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais [...], a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente [...], pois qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar alerta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige (MINAYO, 2004, p.15-16).

Na busca de compreender a realidade sob a perspectiva cultural, dentre as abordagens metodológicas utilizadas nas pesquisas qualitativas, a etnografia pareceu-me a mais adequada. O termo etnografia tem origem grega, onde *graf(o)* significa escrever sobre, e *ethnos* significa um povo em particular (DENZIN; LINCOLN, 2006). De acordo com André (2007), etimologicamente pode-se definir etnografia como descrição cultural.

A pesquisa etnográfica é um método antigo que vem, através dos séculos, sendo aplicada em diversas áreas do conhecimento. Anteriormente, consistia de narrativas das grandes viagens europeias, de povos “estranhos”, possuindo caráter histórico, e sendo restrita à investigação de civilizações “exóticas” (SOUZA; BARROSO, 2008). Hoje, no entanto, o empreendimento etnográfico vem sendo usado, cada vez mais, pelos pesquisadores interessados nas questões culturais, no sentido de estranhar o que é conhecido, ou, como refere Peirano (1995,

p.28), trata-se de “procurar ‘o outro’ perto de casa [...]”.

A etnografia desenvolveu-se no final do século XIX e início do século XX, como uma tentativa de observação mais holística dos modos de vida das pessoas, tendo como objetivo combinar uma análise detalhada de comportamentos e seus significados, no dia a dia de interação social (DENZIN; LINCOLN 2006). Como forma de investigação, vem sendo utilizada, através dos tempos, nas mais diversas áreas de conhecimento.

Inicialmente, possuía caráter histórico, restringindo-se à investigação da cultura de civilizações exóticas, por meio da análise dos instrumentos que elas produziam, os quais eram obtidos por viajantes, e analisados pelos até então denominados etnógrafos. A investigação cultural, no início, “considerava apenas os objetos manufaturados, desvalorizando a relação interpessoal, o pensamento e o comportamento humano” (SOUSA; BARROSO, 2008, p. 151).

A realização de uma pesquisa etnográfica exige trabalho de campo, quando eventos, pessoas, situações, são observadas em sua manifestação “naturalística”, ou seja, no ambiente encarnado da realidade social. Tais observações, contudo, devem ser sistematizadas, o que requer, além do ver, o (inter) agir. De acordo com esta abordagem, o pesquisador torna-se o principal instrumento de coleta de informações. Trata-se, portanto, de uma relação de intersubjetividade entre observador e “observado”. Este trabalho de campo implica, ao mesmo tempo, uma situação metodológica de encontro intercultural, em um processo, e também, na vivência de uma experiência. Além disso, o processo etnográfico deve ser aberto e flexível, porém, deve seguir um referencial teórico e o objeto de estudo, necessariamente, deve ser definido com base em um objetivo, implicando, portanto, em uma escolha teórica, que necessita ser explicada no desenvolvimento do estudo (ANDRÉ, 2007).

A etnografia permite desvelar os significados e as perspectivas muitas vezes inconscientes para as pessoas que os possuem. “A ideia do significado, na perspectiva antropológica, pressupõe a interação entre pensamento e experiência, ancorada em um referencial teórico, não se confundindo com o senso comum ou com aquilo que é apreendido da realidade imediata” (MARTIN et al., 2006, p.178). Para Helman (2003, p.21), “a etnografia busca observar como é o mundo a partir da perspectiva do ator”. O pesquisador deve preocupar-se com a maneira própria com que os sujeitos veem a si próprio e às suas experiências, observando como as manifestações ocorrem, interferindo minimamente na realidade tal qual é encontrada.

Além disso, de acordo com Polit e Hungler (2004, p. 271), “os etnógrafos esforçam-se para adquirir uma perspectiva *emic* de uma cultura estudada [...]”. A visão *emic* é aquela construída internamente, que o grupo constrói. É a visão do seu cenário cultural, resultado do olhar de seus membros sobre a própria cultura e linguagem, a qual deve ser traduzida pelo pesquisador (MONTICELLI, 2003).

Na perspectiva geertziana, o etnógrafo faz uma descrição densa dos fatos, enfrentando “[...] uma multiplicidade de estruturas conceptuais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplicitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar” (GEERTZ 2008a, p.7).

Geertz (2008a, p.20) declara também que esta descrição densa é comprometida com “o conceito semiótico de cultura e com uma visão afirmativa etnográfica, fazendo uma abordagem interpretativa que pode ser sempre contestável”. Para ele, a Antropologia Interpretativista tem como característica a capacidade de ser sempre debatida.

Na área da enfermagem, a etnografia se desenvolveu *pari passu* com a produção teórica relacionada ao campo do cuidado humano, a partir da utilização da abordagem cultural para a compreensão de vários problemas de pesquisa. Esta associação foi realizada, inicialmente, por enfermeiras americanas. Entre as várias teóricas de enfermagem, foi Madeleine Leininger quem melhor identificou a importância da influência exercida pelo contexto cultural no comportamento dos indivíduos, no que diz respeito à saúde (LEININGER, 1978, 1990; LEININGER, MCFARLAND, 2006).

Leininger desenvolveu o método denominado de Etnoenfermagem, tendo por objetivo facilitar a documentação sistemática do modo de vida das pessoas, favorecendo assim maior compreensão das suas experiências de vida relacionadas ao cuidado, à saúde e ao bem-estar, nos diferentes contextos familiares ou ambientais. A Etnoenfermagem é um método qualitativo que faz uso de diferentes estratégias e técnicas, ajudando na interação espontânea da enfermeira com os informantes, auxiliando a documentar, preservar e interpretar o significado do cuidado e as experiências de grupos culturais diversos, além de capacitar a enfermeira na obtenção de maior compreensão sobre os significados das experiências do dia a dia das pessoas, em contextos culturais diferentes ou similares (LEININGER, 1978; LEININGER, MCFARLAND, 2006).

Este método envolve duas perspectivas: a *emic*, que é o modo pelo qual os seres humanos expressam suas visões de mundo,

significados, atitudes de uma cultura particular; e a *etic*, que se constitui na interpretação ou no entendimento dos significados e experiências dos seres humanos, numa visão mais universal a respeito de enfermagem, do cuidado e da saúde. Portanto, uma perspectiva *emic* é utilizada como linha de base de conhecimento, necessária para contrastar as descobertas com os pontos de vista *etic*, na análise dos dados obtidos (LEININGER, 1990; LEININGER, MCFARLAND 2006).

Em linhas gerais, o método de pesquisa da Etnoenfermagem enfatiza que é necessário desenvolver algumas técnicas que sejam não agressivas e não confrontativas; requer um modo genuinamente interessado de ouvir e de confirmar as ideias dos informantes; ser uma aprendiz humilde e aberta; tornar-se sensível ao ponto de vista *emic*, sem descuidar-se do ponto de vista *etic*; manter a ‘mente aberta’ e suspender as crenças pessoais, as experiências profissionais e as experiências anteriores com pesquisas; ser capaz de tolerar conhecimentos ambíguos e incertos; aprender a valorizar e respeitar as visões de mundo e as experiências das pessoas, estejam elas doentes, saudáveis ou oprimidas; registrar tudo o que está sendo colocado pelos informantes, de maneira cuidadosa e consciente, observando os significados, as experiências e as interpretações que são atribuídas por eles, a fim de preservar suas ideias; manter o foco de interesse no ‘contexto cultural’, qualquer que seja o fenômeno sob estudo (MONTICELLI, 2003, p.74).

A abordagem etnográfica tem permitido aos profissionais de enfermagem maior aproximação com as informantes, possibilitando assim o conhecimento e a compreensão de suas experiências, o que contribui para a realização de um cuidado de enfermagem mais individualizado e voltado à congruência cultural.

3.1 O TRABALHO DE CAMPO

O ponto de partida da etnografia é uma “descrição densa” (GEERTZ, 2008a, p.4), o que pressupõe a presença do pesquisador no

campo, vale dizer, o *being there*, como refere Oliveira (2006), para que, de forma interativa, ocorra a apreensão da realidade sociocultural dos informantes.

A produção do conhecimento antropológico se dá, segundo Oliveira (2006), em três etapas: o olhar, o ouvir e o escrever. É pelo olhar disciplinado que o pesquisador apreende a realidade. A “disciplina”, à qual esse autor se refere, envolve um determinado referencial teórico, ou seja, significa que a realidade precisa ser sensibilizada pela teoria que o orienta (OLIVEIRA, 2006). Segundo o mesmo autor, o olhar permite não apenas observar a natureza morta, sem atingir o significado das relações sociais, mas olhar sob o filtro teórico adotado. Para tanto, é preciso também lançar mão do ouvir, pois, ambas as faculdades cognitivas não podem ser tomadas de forma independente, uma vez que são naturalmente complementares. O ouvir, assim como o olhar, deve, igualmente, ser disciplinado. Deve eliminar ruídos que “não façam nenhum sentido no *corpus* teórico de sua disciplina ou para o paradigma interior do qual o pesquisador foi treinado” (OLIVEIRA, 2006, p.22).

Afirma o autor citado que, ainda assim, para que o pesquisador chegue à plena compreensão do sentido do fenômeno pesquisado, é preciso que se obtenha a explicação fornecida pelos informantes, ou seja, a perspectiva *emic*, que deve acontecer de forma a permitir uma relação dialógica com o informante, pois, desta forma, faz com que os horizontes de pesquisador e de informante se abram, evitando o confronto criado pela autoridade inerente ao pesquisador, transformando assim tal confronto em verdadeiro “encontro etnográfico” (OLIVEIRA, 2006, p.24).

Em suma, “os atos cognitivos de olhar e ouvir são parte do estar lá (*being-there*); ou seja, o antropólogo presente no cenário onde ocorre o fenômeno sociocultural, e integram a observação participante, necessária à compreensão do fenômeno sob estudo” (ELSEN; MONTICELLI, 2003, p.194).

Oliveira (2006) assegura que, para completar o trabalho (*fieldwork*), o etnógrafo deve lançar mão da escrita. Esta etapa é realizada fora do campo (*being-here*), quando se textualiza o fenômeno sociocultural observado. É uma etapa considerada de alta complexidade, uma vez que implica interpretação da realidade, a qual deve ser cercada de cuidados, e “balizada pelos conceitos básicos constitutivos da disciplina do pesquisador” (OLIVEIRA, 2006, p.27).

3.1.1 Os cenários do trabalho de campo

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (**PNAR**) e na Enfermaria de Internação Clínica (**EIC**) da maternidade de um Hospital Universitário (HU) localizado no Sul do Brasil.

Este hospital tem como finalidade precípua promover o ensino, a pesquisa e a extensão nas áreas de saúde e afins, e tem por lema “Vida que se renova diariamente”. Teve sua história iniciada nas décadas de 1940 e 1950, pois na época havia a necessidade, por parte da Universidade, de ter um hospital, onde os alunos de medicina pudessem ter treinamento e que a população também tivesse atendimento gratuito. Foi inaugurado em 1961 e, nessa época, contava oficialmente com uma equipe geral de 50 funcionários.

Na década de 1990, a instituição obteve várias conquistas, como a implantação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e recebeu o Título de Hospital Padrão, oferecido pelo Ministério da Saúde, por ter-se destacado em atividades de controle de infecção hospitalar. No final da década, ocorreram fatos como a implantação do Serviço de Ouvidoria, a inauguração do Banco de Olhos, e também do Banco de Ossos e Tecidos Músculo-Esqueléticos. Foram implantados Projetos de recreação e de educação para a saúde, direcionados aos funcionários. O hospital tem como lema a assistência ao parto, de acordo com o projeto de “Parto Humanizado”.

Atualmente, possui uma área construída de aproximadamente 60.000 mil metros quadrados. Conta com cerca de 260 consultórios e dispõe de 643 leitos, distribuídos em 59 especialidades. Nele trabalham em torno de 3.000 funcionários, além de docentes do curso de medicina e, ainda, alunos residentes, que atendem a um universo populacional regional de 411 mil pessoas. A média mensal é de 61.000 mil atendimentos, com um índice de 1.464 internações e 837 cirurgias. É um dos maiores prestadores de serviços do SUS (Sistema Único de Saúde) no sul do Brasil. O organograma conta com seis direções: Direção Geral, Direção de Corpo Clínico, Direção Administrativa, Direção de Ensino e Pesquisa, Direção Financeira e Direção de Assistência; a esta última fica subordinada a coordenação do serviço de enfermagem.

Na maternidade situam-se os serviços de Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Ginecologia, Banco de Leite Humano, Ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia (Pré-natal de Alto Risco e Reprodução Humana) e Pronto-Atendimento Tocoginecológico, além do

serviço de UTI Neonatal, vinculado à pediatria.

No andar térreo ficam situados os consultórios, onde funcionam também os ambulatorios de Ginecologia, atendendo a subespecialidades, como Ginecologia Infanto-puberal, Ginecologia adulta, Câncer de colo e Câncer de mama, além do ambulatório de Reprodução Humana, cujas subespecialidades atendidas são Infertilidade, Anticoncepção e Andrologia. O funcionamento desses ambulatorios ocorre em dias e horários diferenciados.

No lado esquerdo desse andar estão localizados cinco consultórios médicos e um consultório de enfermagem, utilizados pela equipe do **ambulatório de PNAR**. Esses consultórios têm ainda um local de espera que funciona no corredor central do andar e atende a todos os ambulatorios. Na parte posterior dos consultórios existe um corredor interno que faz a ligação entre todos os consultórios, por onde circulam médicos, alunos, funcionários, profissionais de enfermagem e as gestantes já atendidas. Esse corredor possui algumas cadeiras nas quais as gestantes aguardam a consulta de enfermagem, que é realizada após o atendimento médico. Cada consultório conta com uma escrivaninha, duas cadeiras, mesa ginecológica e banqueta, além de uma mesa e lâmpada auxiliar. A unidade possui ainda uma pequena copa para descanso da equipe e uma sala de reuniões, que fica junto à recepção.

O atendimento médico é realizado por uma equipe composta pelo professor responsável por cada uma das especialidades, médicos residentes e estudantes da disciplina de obstetrícia. A equipe de enfermagem que atua no ambulatório de PNAR é composta por oito auxiliares de enfermagem, que atendem também aos demais ambulatorios. As enfermeiras atuam de forma diferenciada, sendo que, no período da manhã, há uma enfermeira que se responsabiliza especificamente pelo ambulatório de pré-natal, e outra, que atende os demais ambulatorios, enquanto no período da tarde, a enfermeira atua no ambulatório de pré-natal e faz também supervisão dos demais ambulatorios. Existe ainda um esquema de funcionários extras, oriundos de outras unidades, que são escalados conforme a necessidade do serviço.

Como o hospital é público, a totalidade da demanda é de usuários do SUS, portanto, não realiza qualquer atendimento particular ou via convênios. Dessa forma, as gestantes, como todos os demais usuários, devem seguir o seguinte protocolo: realizar uma consulta com um médico, numa Unidade de Saúde (US) de sua localidade e então, caso haja necessidade, a US agendará, via internet, a consulta com um

especialista da área, gerando o código de transação que autorizará seu atendimento. Existe ainda outra forma de entrada das pacientes PNAR, que é através do serviço de emergência do hospital ou do pronto-atendimento tocoginecológico, porém, mesmo assim, não é dispensado o encaminhamento para que seja gerado um código de transação.

O atendimento ao público se inicia na recepção. Ali existe um balcão, vários armários em fórmica branca, com portas e gavetas, onde são guardados os prontuários de pacientes que foram ou serão atendidas nos próximos dois dias, duas cadeiras, dois terminais de computador, uma mesa central e telefone. Na recepção trabalham duas duplas compostas por uma secretária e uma estagiária, sendo uma no período da manhã e outra à tarde, fazendo atendimento ao público e desenvolvendo tarefas ligadas à administração da unidade, além de outro funcionário, que trabalha unicamente com a preparação e separação de prontuários. O funcionamento desse ambulatório ocorre de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 16:00 horas. É realizada diariamente uma média de 30 consultas.

As gestantes têm sua primeira entrevista marcada diretamente pela US, sempre às quartas e sextas-feiras pela manhã, ou terças e quintas-feiras à tarde, quando são atendidas por um profissional médico específico, cujo objetivo é fazer uma triagem, para confirmar a real necessidade de atendimento especializado em unidade de risco. Confirmada a necessidade, a primeira consulta é agendada sempre no período da tarde. Nesta consulta são realizados exame físico e anamnese, visando identificar o problema da gestante. Após, a mesma é então encaminhada para atendimento em dia da semana específico, conforme suas necessidades clínicas.

As portadoras de diabetes são atendidas nas segundas-feiras, sendo que nas quintas, realizam exame de perfil glicêmico, utilizando para tal a sala de reuniões. Às terças-feiras são agendadas as consultas de pacientes com problemas atendidos pela Infectologia, nas quartas, Cardiologia e Endocrinologia, e nas quintas e sextas-feiras, são atendidas outras especialidades variadas, sendo identificado pelo pessoal do hospital com **“miscelânea”**, onde se enquadram as **gestantes hipertensas**, cujo atendimento, preferencialmente, deve ocorrer às quintas-feiras.

Todas as gestantes possuem um número de registro para identificação do seu prontuário. Os prontuários ficam no arquivo central e de lá são enviados ao ambulatório, dois dias antes do dia agendado para a consulta. Permanecem em local específico do armário identificado. A funcionária P é encarregada da preparação dos prontuários para a consulta. Esta preparação consiste em verificar quais

os exames (laboratoriais ou outros) foram solicitados na consulta anterior e conferir se os resultados/laudos estão anexados ao prontuário. Em caso positivo, são grampeados e organizados conforme data de realização. Caso os resultados ainda não estejam no prontuário, efetua uma verificação junto ao serviço onde estes deveriam ter sido realizados. Caso tenham sido realizados, ela então solicita uma cópia do resultado/laudo, ou então, coloca uma observação no prontuário, informando que o exame não foi realizado.

Diariamente, a chegada das gestantes ocorre entre 7:00 e 8:30 ou entre 12:00 e 13:30. Ao dar entrada no ambulatório, cada gestante se identifica junto ao balcão e seu prontuário é separado para que o atendimento médico siga a ordem de chegada. Os prontuários são então levados ao corredor interno do ambulatório, onde ficam dispostos e ordenados sobre um balcão, de onde são apanhados pelos estudantes ou os médicos, um de cada vez. As pacientes aguardam no corredor central, onde existem cadeiras dispostas nos dois lados. Esse corredor serve de sala de espera para as pacientes de todos os ambulatórios. Após serem chamadas e atendidas pelo médico pré-natalista, os prontuários são colocados novamente no balcão interno, em outra pilha, de onde vão ser apanhados pela enfermeira, para a realização da consulta de enfermagem. Após a consulta médica, a paciente é encaminhada para o corredor interno, onde existem algumas cadeiras em frente ao consultório de enfermagem, local em que elas aguardam para a realização da consulta de enfermagem. Após esta consulta, elas saem novamente pelo corredor central e seu prontuário é devolvido na secretaria, de onde será enviado ao arquivo central.

A **Enfermaria de Internação Clínica** (EIC) se localiza no segundo andar, junto à Unidade de Alojamento Conjunto (UAC). Conta com seis leitos, onde são atendidas pacientes com intercorrências clínicas na gestação, dentre elas, gestantes com transtornos hipertensivos. As pacientes chegam à unidade, encaminhadas do ambulatório de PNAR, e também do pronto-atendimento tocoginecológico, de onde vêm acompanhadas de um voluntário ou de uma funcionária da enfermagem, já de posse de seus prontuários, os quais são entregues na secretaria.

A secretária, por sua vez, faz o registro da paciente na lista de internamentos da unidade, designando o leito, preferencialmente na enfermaria destinada à internação clínica. Também separa do prontuário a prescrição médica e a folha de anotações de enfermagem, que são encaminhadas ao posto de enfermagem. Ao mesmo tempo, verifica se existe alguma solicitação de exames, fazendo os devidos

encaminhamentos. A paciente é conduzida então ao posto da unidade de internação, onde é apresentada e entregue para a equipe de enfermagem, que se encarrega de instalar a mesma no leito, verificando a prescrição médica e avaliando as necessidades mais prementes apresentadas pela gestante.

A EIC possui um banheiro comum, usado igualmente por pacientes da enfermaria contígua, que são aquelas que estão aguardando a alta do recém-nascido internado na UTI Neonatal. É equipada com seis leitos, cada um com mesa de cabeceira e escadinha auxiliar, além de uma pequena mesa localizada embaixo da janela, onde fica a televisão. A unidade conta ainda com um posto de enfermagem, uma sala de atendimento de recém-nascidos, uma rouparia, secretaria e uma pequena copa, além de vestiário e banheiro para os funcionários.

A secretaria se encontra no centro do corredor, anexa ao *hall* de elevadores, tendo ao fundo a copa, o vestiário e o banheiro de funcionários. É equipada com uma escrivaninha e cadeiras, além de uma mesa onde fica o terminal de computador e um armário com escaninhos, para a guarda de prontuários, e um balcão onde são realizados atendimentos aos visitantes e acompanhantes.

O corredor que dá acesso às enfermarias é separado da secretaria por uma porta de vidro junto a qual se encontra uma pia com dispositivo de álcool gel e toalheiro de papel. Na ponta esquerda do corredor existe outro elevador, que conecta o andar com as unidades de pronto-atendimento tocoginecológico e ao centro obstétrico, por onde circulam apenas o pessoal do hospital e pacientes. No final deste corredor ficam as instalações da futura unidade de atendimento às gestantes de risco que, no momento da pesquisa, encontrava-se em reforma, e à esquerda, existe uma rampa, que faz a comunicação entre a maternidade, o anexo central do hospital e também a um dos setores de ensino da universidade à qual pertence o hospital.

Nesta unidade atua uma equipe de saúde composta por cinco enfermeiras, sendo quatro efetivas e uma bolsista sênior, das quais uma tem função gerencial e trabalha em horários alternados entre manhã e tarde, e as demais trabalham duas pela manhã, uma à tarde e a outra à noite. A equipe de enfermagem conta ainda com cinco técnicas de enfermagem que atuam duas no turno da manhã e três no noturno, além de sete auxiliares de enfermagem, sendo que duas atuam no turno da manhã, uma no turno da tarde e quatro no turno da noite.

A assistência médica é prestada por uma dupla de residentes do serviço de obstetrícia, com supervisão de um professor, no turno da manhã. Durante a tarde e a noite, o médico responsável é o plantonista

do pronto-atendimento tocoginecológico.

A unidade conta ainda com a atuação de alunos dos cursos de medicina, graduação e técnico em enfermagem, além de outros alunos do curso de residência multiprofissional, como terapia ocupacional, psicologia, serviço social e nutrição.

Este foi o cenário escolhido para a pesquisa, por ser referência para o atendimento de gestantes de risco e o local onde desenvolvi atividades de docência por dez anos, além de ter atuado como enfermeira assistencial por quatro anos. O fato de conhecer a realidade e o funcionamento do serviço tornou-se um facilitador para a minha opção.

3.1.2 A inserção e permanência no campo

Para obter os dados o pesquisador precisa fazer a entrada no campo, ou seja, no cenário escolhido para observação do fenômeno, o que requer planejamento, cuidado e paciência, pois deste primeiro contato vai depender o sucesso do trabalho. Não existem normas pré-estabelecidas sobre como agir em cada momento específico do estudo, mas o sucesso do mesmo requer conhecimento entre o pesquisador e seus informantes. Esta etapa preparatória pode durar um tempo variado, o que vai depender da acessibilidade ao campo, do nível de conhecimento anterior do campo e do grau de participação do pesquisador. O conhecimento prévio deste cenário é condição necessária para se dar início à coleta das informações (AMÉZCUA, 2000).

Nesta etapa preliminar é recomendável que o pesquisador estabeleça relações cordiais com os informantes; é importante, como referem Monticelli, Quevedo e Reyna (2008), fazer aliados. Para isso, a empatia é uma característica fundamental, isto é, o pesquisador deve colocar-se no lugar do outro, facilitando assim a compreensão e a interação com os informantes. É igualmente fundamental que se estabeleça uma relação de confiança, o que permitirá que o pesquisador se sinta mais confortável, caso venha a enfrentar situações mais delicadas. Outra postura adequada é a de colaboração, o que faz com que o pesquisador se torne mais próximo dos seus informantes.

Segundo Amézcu (2000), ao entrar no campo o pesquisador sofre um choque cultural denominado “síndrome do forasteiro”, que tende a aumentar, à medida que as diferenças culturais entre observador e observado se tornam mais visíveis, o que é atenuado apenas pela

integração e pelo aprendizado da cultura do outro (étnica).

O pesquisador deve explicar aos informantes o que vai fazer; os objetivos e a metodologia do estudo, a duração do trabalho e como as informações serão utilizadas. Para isso precisa de autorizações e pensar nas questões éticas (privacidade, confidencialidade, anonimato, permissões para publicar e outros).

Em busca de autorizações e em respeito às exigências do hospital escolhido como local para realização do estudo, e antes que o projeto de pesquisa fosse encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP), o mesmo passou por análise prévia da Comissão de Ética em Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia da Universidade a que o hospital pertence. Faz parte dos trâmites burocráticos da instituição que cada unidade-sede do estudo avalie e emita parecer sobre o mesmo, sendo que tal parecer deve estar apensado ao projeto de pesquisa que, posteriormente, deverá ser encaminhado ao CEPE. Nessa etapa, tive várias reuniões com o professor-chefe do Departamento de Tocoginecologia e com os integrantes dessa comissão, quando realizei a apresentação formal do projeto e esclareci pontos referentes à metodologia do estudo.

A partir da aprovação pelo CEP, em vinte e seis de outubro de 2010, passei a realizar visitas semanalmente, em horários variados, conforme fosse conveniente para encontrar-me com pessoas consideradas chave para o funcionamento das unidades escolhidas; estas pessoas eram os enfermeiros gerentes e assistenciais, os secretários, os médicos pré-natalistas e o chefe do serviço médico. A coleta de dados propriamente dita foi efetivada somente após essa pré-inserção.

No primeiro momento, realizei visitas aos dois cenários do campo, já com o intuito de fazer o primeiro contato com as pessoas acima citadas e também para observar a rotina do serviço. Pretendia também, nesse momento, apresentar-me e expor os objetivos do estudo a ser realizado, além de observar e compreender o funcionamento do serviço.

Nesse período tive reuniões com a gerente do serviço de enfermagem da maternidade com as enfermeiras da UAC e do PNAR. Em ambas as ocasiões, realizei apresentação formal do projeto, sempre enfatizando os objetivos, a metodologia e os aspectos éticos do estudo.

Durante as minhas incursões prévias ao PNAR tive inúmeras conversas informais com a equipe de enfermagem e também com alunos e residentes de medicina, sempre me colocando como pesquisadora, expondo em linhas gerais o estudo a ser realizado, enfatizando aspectos metodológicos e éticos, e esclarecendo sobre suas possíveis

participações, como sujeitos do estudo, além da necessidade de obter o consentimento formal, caso fosse necessário. Essa forma de contato foi escolhida, após conversar com as enfermeiras do PNAR, porque nessa época os funcionários estavam em meio a uma paralisação e não era viável realizar uma reunião formal para minha apresentação. O fato de já haver sido funcionária do hospital e conhecer a maioria das funcionárias facilitou muito o meu entrosamento no serviço. Em nenhum momento houve recusa dos profissionais e estudantes em relação às suas participações, mesmo eu deixando claro que não haveria problemas, caso não desejassem ou não quisessem participar. Todos foram receptivos e gentis. Nas minhas visitas ao PNAR obtive informações divergentes sobre qual o dia da semana mais indicado para encontrar as gestantes hipertensas. Procurei conversar com diversas pessoas da equipe médica, de enfermagem e também como pessoal técnico-administrativo, na tentativa de compreender como funcionava o PNAR, o encaminhamento das gestantes e a marcação de consultas. Nessa ocasião também fiz contato com os gestores da Secretária Municipal de Saúde para obter maiores esclarecimentos sobre o encaminhamento das gestantes de risco a partir das Unidades Básicas de Saúde para os serviços de referência do município.

Durante duas manhãs e duas tardes permaneci na recepção do ambulatório, conversando com os funcionários e observando o fluxo do atendimento das gestantes. Por fim, entendi que o atendimento no PNAR era organizado conforme as especialidades, em diferentes dias da semana. Constatei que o número de atendimentos em cada turno era autorizado pelo professor responsável, que o aprazamento das consultas era definido conforme necessidade clínica de cada gestante e que as gestantes hipertensas eram atendidas preferencialmente às quintas-feiras pela manhã. A partir daí passei a fazer minhas observações nesse local, sempre nesse dia da semana.

No mesmo período fiz algumas visitas também à UAC, para familiarizar-me com o funcionamento do serviço. Como pretendia apresentar o projeto a todas as funcionárias do serviço de enfermagem, conversei com a enfermeira gerente e decidimos que seria melhor acompanhar algumas trocas de plantão, aproveitando que nesse momento se encontravam no local, funcionários de diferentes turnos do serviço de enfermagem, para fazer uma breve apresentação do projeto de pesquisa e também informar os aspectos éticos relativos à sua possível participação como sujeitos do estudo. Essas apresentações foram realizadas sempre com o acompanhamento de uma das enfermeiras com quem a gerente conversou previamente. A

receptividade por parte da equipe foi sempre positiva, obtendo eu consentimento de todos para que as considerassem possíveis sujeitos do estudo. Sempre fiz questão de salientar que elas eram livres para recusar-se a participar como informantes, sem que isso implicasse algum tipo de represália.

Nessa fase inicial, muitas vezes permaneci “apenas sentada” no posto de enfermagem ou na EIC, observando o ir e vir do pessoal e muitas vezes as pessoas se aproximavam e faziam perguntas sobre minha permanência na unidade, sobre a pesquisa e também sobre minha vida pessoal, uma vez que eu conhecia muitas delas, da época em que havia trabalhado no hospital. Nessas conversas, algumas vezes me senti explicando quais eram os objetivos da pesquisa, o que era a observação participante, o que era uma entrevista, e outros detalhes do projeto, de forma bastante animada e informal.

Após essa primeira etapa, em janeiro de 2011, iniciei o período de observação, de forma mais sistemática. Minha permanência nas unidades foi em média quatro vezes por semana, em torno de três horas, alternando os turnos e incluindo finais de semana e feriados, sendo que sempre às quintas-feiras, eu permanecia no PNAR.

Na UAC, logo percebi quais eram as funcionárias da enfermagem que tinham preferência por realizar os cuidados na EIC e que elas obedeciam a uma escala “extraoficial”, decidida em acordo com a enfermeira responsável no início de cada turno, conforme a demanda das enfermarias de Alojamento Conjunto e as demais atividades da UAC. Existiam as que preferiam fazer sempre os cuidados dos recém-nascidos, aquela que fazia apenas a medicação, aquela que cuidava de atividades mais burocráticas, como realização de exames, encaminhamentos, verificação do senso e da dieta e aquelas que “atendiam” à EIC. Todas ficavam satisfeitas, embora fossem comuns as reclamações referentes à sobrecarga de serviço e a falta de pessoal na unidade.

Inúmeras vezes tive que fazer a apresentação do projeto de forma individual, para estudantes e residentes que surgiam como informantes em potencial, quando eram escalados para realizar suas atividades na EIC, sempre salientando os aspectos éticos e a liberdade de participação.

De forma geral, quando chegava à unidade, passava pela secretaria para verificar se havia alguma gestante hipertensa na EIC. Em caso positivo, guardava meus pertences em local apropriado e, munida de meu diário de campo e caneta, dirigia-me ao lavatório. Na sequência, passava pelo posto de enfermagem, com o objetivo de apresentar-me à enfermeira responsável pelo turno e então me dirigia à EIC, onde

permanecia sentada em um banquinho, fazendo minhas observações e conversando com as gestantes. Nos dias em que havia mais de uma gestante na EIC eu procurava aumentar o tempo de permanência e observação, para que pudesse tornar-me mais próxima delas. Caso não houvesse nenhuma gestante hipertensa internada, permanecia no posto de enfermagem, interagindo com os funcionários, ou me dirigia ao PNAR.

Sempre procurei não alterar a rotina de trabalho da equipe e raríssimas vezes fui interpelada a respeito de ajuda para a realização de algum cuidado. No período inicial da minha permanência na EIC observei que as funcionárias da enfermagem pareciam sentir-se um pouco constrangidas com a minha presença, mas com o passar do tempo elas passaram a tratar-me como alguém “da casa” e algumas vezes me faziam perguntas e solicitavam auxílio no desempenho de suas atividades e, até mesmo, algumas diziam estar contentes quando eu ia ao hospital durante finais de semana e feriados, pois tinham algo diferente para fazer.

3.1.3 A saída do campo

Um estudo etnográfico deve primar pela qualidade, pelos detalhes e pela profundidade das informações; portanto, demanda que a observação seja rigorosa, direcionada e reflexiva, exigindo permanência prolongada no campo, o que resulta no envolvimento do pesquisador com os sujeitos. Considerando que sempre alguns laços são estabelecidos no decorrer do processo, a saída deve ser feita gradualmente.

Ao final de quase um ano no campo, ao observar os primeiros sinais de saturação das informações coletadas, reconheci a hora de retirar-me e diminuí gradativamente a frequência das idas e vindas aos cenários da pesquisa, até não mais comparecer. Nessa fase, que ocorreu de outubro a dezembro de 2011, muitas vezes fui questionada pela equipe por que não estava mais indo ao hospital com a mesma frequência. Várias vezes tive que explicar que a metodologia impunha o encerramento das observações por saturação teórica, ou seja, que eu já havia realizado uma exploração exaustiva de todas as informações levantadas sobre o fenômeno em estudo. Isso ocorreu no final do mês de outubro, quando o encerramento da coleta de dados ocorreu em dezembro de 2011. No total, permaneci em campo 187 dias.

Durante a análise dos dados, voltei algumas vezes ao cenário do estudo e ao domicílio de algumas gestantes para reconfirmar informações, esclarecer dúvidas e redirecionar a análise e a interpretação, outras vezes fui até o hospital apenas para conversar com as pessoas. Em uma dessas visitas oficializei o encerramento da coleta de informações, agradei às equipes de enfermagem e às equipes médicas, informei o andamento atual da pesquisa e me comprometi a voltar para compartilhar os resultados. Não houve uma despedida oficial dos demais informantes, pois a cada visita, encontrava gestantes e estudantes diferentes.

3.2 OS INFORMANTES

Em estudos etnográficos considera-se a participação, tanto de pessoas consideradas fundamentais para auxiliar no levantamento das informações que serão processadas pela pesquisa, quanto de participantes mais gerais, mas que contribuam para responder às perguntas da pesquisa. Os primeiros, designados como informantes-chave, são os atores sociais selecionados atentamente e propositalmente por terem mais conhecimento sobre o tema. São eles que vão fornecer informações diretas sobre as questões da pesquisa, enquanto os atores sociais designados como informantes gerais normalmente não possuem conhecimento aprofundado sobre o objeto da pesquisa, porém têm ideias e domínio geral do assunto. Ambos, normalmente no momento da escolha, devem mostrar-se interessados e dispostos a colaborar no fornecimento de informações (LEININGER, 1991).

Os atores sociais considerados informantes-chave do estudo foram as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos que estavam realizando o pré-natal no ambulatório de PNAR do HU, ou que se encontravam internadas na EIC desse mesmo hospital, durante o período de trabalho de campo (coleta das informações). Foram considerados critérios de inclusão: possuir diagnóstico de transtorno hipertensivo e estar realizando pré-natal no ambulatório de Pré-natal de Alto Risco em qualquer idade gestacional ou estar internada no Alojamento Conjunto, durante o período do trabalho de campo (coleta de informações). Além disso, foi requerido que tivesse mais de 18 anos de idade e condições psíquicas para compreender e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A escolha das gestantes informantes-chave do estudo foi guiada

pelos critérios de inclusão estabelecidos, mas também aconteceu com base na forma como se desenvolveu a interação com as mesmas. Muitas vezes foi necessário excluir alguma gestante pelo fato de o contato não ter sido mais prolongado e eu não ter conseguido complementar algumas informações primordiais para o estudo. Houve alguns encontros com gestantes que não puderam ter continuidade por motivos diversos, como falta de privacidade para realizar as entrevistas no PNAR, resistência das gestantes em receber-me nas suas casas, ou mesmo desistência das mesmas após o contato inicial. No total, configuraram-se como informantes-chave 22 gestantes. As características principais encontram-se no quadro 1, apresentado a seguir.

Quadro 1 - Identificação das gestantes informantes do estudo

Nome fictício	Idade	Estado civil	Religião	Escolaridade	Ocupação	Renda familiar**	Procedência	Dados obstétricos	Semanas de gestação	Diagnóstico médico	Local de observação
Vitória*	36	Casada	Evangelica	Analfabeta	Lavadeira	2	Interior da Capital	GV FIV	36***	HAC	EIC
Maria*	24	União estável	Evangelica	2º grau incompleto	Do lar	11	Capital	GII P0 CI	38	DHEG	EIC
Ju	21	Solteira	Católica	Superior	Secretária	3	Região metropolitana	GII P0	35/36	DHEG	PNAR
Ana	29	Casada	Católica	2º grau	Vendedora	4	Capital	G II P I	39	DHEG	PNAR
Joana*	34	Casada	Evangelica	Superior	Do lar	3	Região metropolitana	GIII AI CI P0	31	HAC	EIC
Joaquina*	24	União estável	Evangelica	2º grau completo	Do lar	2	Capital	GII P0 CI	36	DHEG	EIC
Rafaela*	34	Divorciada	Evangelica	2º grau completo	Fiscal de caixa	3	Capital	GVI PI AIII CI	24	HAC + DHEG	EIC
Vera	36	Casada	Católica	1º grau incompleto	Manicure autônoma	3	Interior do Estado	GIII PI CI	27***	DHEG	EIC
Angela	29	Casada	Católica	2º grau incompleto	Vendedora	4	Capital	GII PI C0	24***	HAC	EIC DOM
Linda	26	Casada	Católica	2º grau completo	Auxiliar de produção	5	Região metropolitana	GII P0 C0	26	HAC	EIC
Priscila	29	União estável	Católica	2º grau completo	Estoquista	3	Região metropolitana	GI P0 C0	38	DHEG	EIC DOM
Bianca	45	União estável	Católica	1º grau completo	Lavadeira	1	Capital	GII CI	24	HAC	EIC DOM
Camila*	26	Casada	Católica	2º grau incompleto	Classificadora de batas	2	Capital	GIII AII	34	DHEG	PNAR DOM
Julia*	28	União estável	Católica	1º grau incompleto	Agricultora	1	Capital	GV CTV	38	HAC	EIC
Sofia	28	Casada	Católica	Superior incompleto	Balconista	3	Região metropolitana	GI P0 C0	38	HAC	EIC DOM
Marcia	23	Casada	Católica	2º grau incompleto	Do lar	3	Capital	GII P0 C0	38	HAC	EIC
Isabel*	30	Casada	Evangelica	2º grau completo	Do lar	2	Capital	GIII AI PI	30	HAC	EIC DOM
Bárbara	40	Casada	Católica	Superior incompleto	Zeladora	2	Capital	GI P0	37	HAC	EIC DOM
Denise	20	Casada	Evangelica	2º grau completo	Auxiliar adm.	2	Curitiba	GI P0	28	DHEG	EIC
Carol	27	Casada	Católica	1º grau incompleto	Do lar	1	Curitiba	GI P0	30	DHEG	PNAR DOM
Luana	29	Casada	Católica	2º grau incompleto	Do lar	3	Curitiba	GI P0	37	DHEG	PNAR
Sara	26	União estável	Católica	1º grau incompleto	Do lar	3	Região metropolitana	GIV PIII	31	HAC	PNAR

*Já havia tido outra gestação de risco anteriormente.

**Em salários mínimos.

***Gemelar.

Legenda:

G - Número de gestações

P - Número de partos normais

C - Número de cesarianas

DHEG - Doença Hipertensiva Específica da Gestação

HAC - Hipertensão Arterial Crônica

EIC - Enfermaria de Internação Clínica

PNAR - Pré-natal de Alto Risco

DOM - Domicílio

Como se vê, o perfil mais imediato dessas gestantes inclui idade entre 20 e 45 anos, número de gestações entre uma e seis, tempo de gestação entre 24 e 38 semanas, sendo que oito delas já haviam tido uma gestação de risco anteriormente. A escolaridade média do grupo foi o

ensino médio, a maioria possuía emprego regular (oito eram exclusivamente “do lar”), e a renda média familiar, de três salários mínimos. Pouco mais da metade era casada, enquanto as demais viviam em união estável, uma era divorciada e uma solteira. Quanto à religião, a maioria era católica, e em torno de um terço delas, evangélicas. Mais da metade residia na cidade onde se localizava o hospital, cenário do estudo, enquanto as outras procediam da região metropolitana. Apenas duas vinham de outro município. Das 22 gestantes, dez foram informantes na EIC, quatro apenas no PNAR, três na EIC e no domicílio, duas no PNAR e no domicílio e três delas em todos os cenários.

Foram considerados como **informantes gerais**, os **profissionais de saúde** que prestavam cuidados a essas mulheres, seja no ambulatório de PNAR, seja na EIC. Envolveu, portanto, os enfermeiros que atuavam nesses cenários de estudo, os médicos pré-natalistas responsáveis pelo atendimento no ambulatório e pela clínica obstétrica, assim como os estudantes dos cursos de graduação em enfermagem e medicina que desenvolviam atividades curriculares nessas unidades, além dos demais componentes da equipe de enfermagem que cuidaram das gestantes durante a hospitalização. Compuseram esse grupo, três professores de medicina, seis médicos residentes, sete estudantes de medicina e sete profissionais de enfermagem.

A equipe de enfermagem demonstrou amplo interesse em colaborar comigo, desde o início da apresentação do projeto. As sete profissionais de enfermagem que se tornaram parte desse grupo foram aquelas que, nos dias em que me encontrava realizando observação na EIC, estavam escaladas para realizar suas atividades no local, ou ao menos permaneceram junto às gestantes por algum tempo. Esse grupo foi formado por duas enfermeiras, uma mestre e uma especialista, três técnicas e duas auxiliares de enfermagem, todas elas desempenhavam suas funções no cenário do estudo há mais de cinco anos. Em relação aos seis médicos residentes e aos sete estudantes de medicina, sua inclusão não foi pré-determinada; deu-se pelo fato de sua interação com as gestantes ocorrer no momento em que eu as acompanhava no PNAR ou realizava a observação na EIC, diferentemente dos três professores de medicina, incluídos no grupo por serem os únicos médicos que realizavam o atendimento das gestantes na EIC e no PNAR.

Esses atores sociais foram incluídos como informantes gerais, com a intenção de buscar respostas à segunda pergunta de pesquisa. Os critérios de inclusão foram: realizar consultas médicas ou de enfermagem no ambulatório PNAR e/ou prestar assistência direta às

gestantes hipertensas internadas na EIC.

Compuseram também este grupo os **acompanhantes ou visitantes das gestantes** e alguns **familiares** com quem pude conversar durante a realização das entrevistas nos domicílios e também na EIC, como alguns maridos/companheiros e mães das gestantes. Tive oportunidade, por exemplo, de interagir com Dona Maria, mãe da gestante Joana, com quem conversei no *hall* de entrada da maternidade. Ela me forneceu informações valiosíssimas sobre diferentes formas de atenção usadas por ela e seus familiares no cuidado da hipertensão gestacional.

[...] toda a vida, desde que eu me conheci por gente, minha mãe, minhas irmãs, minha família sempre quando tava gestante tomava esse banho. Erva de São João. Ela é cheirosa, uma erva cheirosa, dá no mato, mas aqui não acha, esse tempo atrás eu fui em Campo Mourão e trouxe... Em Campo Mourão tem bastante, mas aqui não acha. E então, esse banho que eu to fazendo nas pernas dela pra desinchar deu uma melhorada boa porque tava quase partindo as pernas dela, muito inchada (Dona Maria).

Conversei também com Dona Amélia, mãe de Bianca, que se tornou um elemento muito importante no contexto do estudo, pois facilitou o entrosamento com Bianca, devido ao seu bom humor marcante.

Ressalto que nenhum dado foi coletado sem antes expor a intencionalidade do projeto para todos os informantes envolvidos e sem aprovação prévia da instituição. Além disso, as informações foram colhidas com expressa autorização dos informantes-chave, mediante assinatura formal dos TCLEs.

3.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A obtenção de informações que viabilizaram responder aos objetivos da pesquisa foi realizada conforme os preceitos sugeridos pelos etnógrafos. Neste sentido, Geertz (2008a) recomenda que sejam estabelecidas relações, selecionados informantes, transcritos textos, levantadas genealogias, mapeados campos e mantido um diário, mas não

é a simples recolha destes elementos que define o empreendimento, e sim, o esforço intelectual que o representa, ou seja, o risco elaborado para o que ele denomina “descrição densa”.

Trabalhei o processo de coleta de dados, do seguinte modo: uma vez no campo, as informações foram coletadas por meio da **observação participante** (técnica principal) e, nos casos em que precisei aprofundar ou polir o conhecimento que estava sob escrutínio, lancei mão da **entrevista etnográfica** (técnica complementar) com as gestantes. O fato de ser profissional de saúde e de já ter alguns lastros interacionais com os profissionais da instituição, além de ser enfermeira e professora da área, esses antecedentes foram características favoráveis para a entrada e permanência no campo da pesquisa.

O modelo adotado foi o de Observação-Participação-Reflexão (OPR), proposto por Madeleine Leininger, por considerá-lo o mais adequado aos objetivos do estudo. Segui as quatro fases, de maneira progressiva, como é apresentado na figura a seguir.

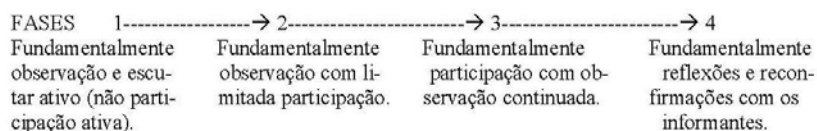


Figura 1 - Fases do Método Observação-Participação-Ação (O-P-R) proposto por Madeleine Leininger (Fonte: MONTICELLI, 1997, p. 44)

Esse modelo permite ao investigador usar um período no início de seu trabalho apenas para observar/escutar. Após esse período, então, fui me inserindo no cenário da pesquisa, de modo a fazer parte dele. Aos poucos, portanto, minha participação foi aumentando, ao mesmo tempo em que continuava fazendo observações cada vez mais acuradas, procurando “alargar” meu olhar, tanto para os contextos por onde circulava, dentro do hospital, quanto para os diversos personagens que ali atuavam. No segundo momento, iniciei minha participação, ainda de forma moderada, mas já buscando identificar alguns informantes-chave. Nessa fase, minha *performance* observacional estava concentrada em interagir com as pessoas (profissionais e gestantes), de forma a ganhar confiança. O terceiro momento consistiu na participação de forma ativa, concretizando minha interação no cenário do estudo, captando informações diretamente relacionadas aos objetivos da pesquisa. Ao final da observação, a reflexão proposta no modelo facilitou o processo

de análise e síntese, de forma mais crítica, permitindo a busca de confirmação para aquelas informações que se destacaram durante o processo.

Esse desdobramento das etapas foi imprescindível para a vivência do processo, desde a entrada no campo, quando ainda estava na fase do “quebra-gelo”, até o período em que retornava ao campo de forma menos amígdica, apenas com o intuito de reconfirmar dados e articular melhor o processo de interpretação e análise. Pude constatar que, apesar de “descritas em separado, na prática, suas fases ocorrem de modo dinâmico e em complementação uma às outras, não havendo separação rígida entre elas” (MONTICELLI, 2003, p.101).

A observação participante, por conseguinte, permitiu que eu participasse do funcionamento do grupo e da instituição investigados, mantendo contato e envolvimento progressivos com os informantes, sendo que, aos poucos, fui penetrando no ambiente social para coletar as informações necessárias. A técnica de observação participante realizou-se através do meu contato direto com as pessoas que poderiam auxiliá-me no reconhecimento dessa realidade, a partir de suas próprias perspectivas. Assim, também eu fui modificando minha visão *etic* e minha postura profissional frente ao fenômeno, pois como refere Minayo (2009, p.59), “o observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto”. Durante todo o percurso observacional, procurei seguir os conselhos de etnógrafos, como André (2007), que argumenta sobre a importância de descrever os sistemas de significados culturais dos sujeitos estudados, com base em sua ótica e em seu universo referencial. Nesse sentido, buscava lembrar a todo instante que a pesquisa etnográfica não poderia limitar-se à descrição de situações, ambientes, pessoas, ou à reprodução de suas falas e de seus depoimentos; era necessário ir além e tentar reconstruir as ações e interações dos atores sociais, segundo seus pontos de vista, suas categorias de pensamento, sua própria lógica.

No **ambulatório de PNAR**, às quintas-feiras pela manhã, observei a dinâmica do serviço na sala de espera, acompanhei as consultas médicas conforme rotina estabelecida na instituição.

Ao colocar-me como observadora na sala de espera (observação e escutar ativo), com objetivo de observar a dinâmica do ambulatório, busquei identificar como as gestantes eram recebidas pelos profissionais da instituição, como se estabeleciam as relações entre elas e os profissionais, o que elas faziam durante a espera, qual era seu estado

emocional (nervosismo, calma, impaciência) durante a espera, dentre outros aspectos que me permitiram obter informações relevantes para responder às perguntas do estudo. Conheci as gestantes e seus acompanhantes, identifiquei quais eram os assuntos que dominavam as conversas na sala de espera e, então, participando dessas conversas, fui aos poucos estabelecendo um clima de maior confiança com as mesmas, visando a identificar potenciais informantes para o estudo. Nessa “interação de sala de espera”, no segundo momento, me apresentei como pesquisadora e, de forma sucinta, expus os objetivos da pesquisa (observação com limitada participação), depois perguntei às gestantes portadoras de transtornos hipertensivos se gostariam de participar como sujeitos da mesma.

Ao estabelecer o diálogo com as possíveis informantes do estudo, no terceiro momento da OPR, direcionei as conversa de “sala de espera”, em torno de questões focais para a pesquisa, sem preocupação em manter a sequência, de forma engessada com os pontos constantes do roteiro. Essas questões fizeram parte de um esquema mental, apenas no sentido de manter a conversa direcionada aos objetivos do estudo (observação com participação ativa).

Tive como objetivo também acompanhar as consultas dessas gestantes para observar como ocorriam suas relações com os profissionais. Obtive dados sobre os tópicos que integravam essas consultas, os modos como as demandas das gestantes eram apresentadas ao profissional e como as mesmas eram discutidas durante a consulta, estreitando o olhar sobre a forma como vinham à tona, nesse contexto, as diferentes formas de atenção usadas pelas gestantes (observação com limitada participação).

Essa observação foi norteadas por um roteiro (**Apêndice A**).

Após as observações (fase de reflexão e confirmação), nos casos em que se tornou necessário para efetivar a confirmação das informações que se destacaram no transcorrer da minha estada no ambulatório, realizei então as entrevistas, para aprofundamento e polimento do empreendimento interpretativo.

Quanto ao contexto da coleta de informações, durante a **internação na EIC**, realizei a observação participante neste local em diferentes turnos, exceto as quintas-feiras, quando estava em observação no ambulatório. Para proceder a tal observação, inicialmente, apresentei-me e expliquei o motivo de minha presença. Fiz isso, primeiramente, de forma sucinta, e depois, fui aprofundando as informações, conforme o interesse de meus informantes vinha à tona. Como “quebra-gelo” inicial, aproveitei os momentos em que a televisão ficava ligada (durante quase

todo o dia), para iniciar a interação com as gestantes internadas (observação e escutar ativo). Tive como meta observar a dinâmica da unidade, identificar como aconteciam as interações das gestantes com os profissionais da instituição, como ocorriam as relações entre as gestantes e entre elas e seus acompanhantes, o que elas faziam durante a hospitalização e qual eram os sentimentos que as mesmas expressavam, enquanto permaneciam internadas.

Fui me inserindo na unidade de forma progressiva, sempre respeitando as funções e as condutas de cada pessoa ali presente. No início, fiquei apoiada na fase de observação e escutar ativo e então, no segundo momento, participei respeitosamente das conversas e fiquei próxima durante os procedimentos, a fim de identificar os potenciais informantes, e convidá-los a participar do estudo (observação com limitada participação).

Em um terceiro momento (observação com participação ativa), já envolvida no cotidiano da unidade, aprofundi a observação, ao mesmo tempo em que interagiu com as gestantes e suas famílias, buscando descrições e interpretações cada vez mais densas acerca dos significados que atribuíam ao transtorno hipertensivo, assim como com os profissionais e alunos de medicina, permanecendo atenta às comunicações que eram promovidas com as gestantes internadas e a toda e qualquer ação/movimento que indicasse relações entre clientela e profissionais, no cenário da internação hospitalar. Nessa tarefa, utilizei como guia um roteiro observacional, para manter o foco investigativo (**Apêndice B**).

O fato das etapas da O-P-R serem desenvolvidas de forma entrelaçada levava a que, na maioria das vezes, o diálogo (entrevista) ocorresse nos momentos de interação entre mim e os informantes. Porém, quando houve necessidade de aprofundar aspectos relacionados às formas de autoatenção e aos significados que a experiência tinha para a gestante, implementei a entrevista etnográfica de forma mais sistemática, para complementar as informações obtidas no decorrer da observação participante.

Nos casos em que a entrevista foi necessária, a mesma foi realizada de forma individual com cada informante. As entrevistas tiveram como guia os pontos que, durante a observação participante, suscitaram aprofundamento (HAGUETTE, 1992).

Encontrei muita resistência por parte das gestantes quando se tratava de ir até suas casas. Em função disso, muitas entrevistas foram realizadas no hospital. Em algumas oportunidades conversei com algumas gestantes na sala de espera do PNAR, obtive autorização para

acompanhar a consulta, mas as mesmas não aceitaram que eu as visitasse no domicílio, como ocorreu com Mônica, que alegou que seu marido não permitiria que eu fosse à sua casa, e, como não ocorreu a internação, o contato encerrou-se bruscamente, deixando informações que necessitariam de maior aprofundamento, o que fez com que ela fosse excluída do universo de sujeitos do estudo. Em algumas oportunidades pude conversar com a mesma gestante mais de uma vez, mas apenas no PNAR, sem concordância para realizar a entrevista.

Tentei realizar algumas entrevistas no PNAR, mas tive dificuldades pela falta de espaço e privacidade, e quando o aprofundamento de alguma informação dessas gestantes era imprescindível, e não era possível ir ao domicílio, optei por excluir tais gestantes.

Existiram situações nas quais observei e interagi com a gestante na EIC já no dia de sua alta e não obtive consentimento para realizar a entrevista no domicílio. Ocorreu com Elisângela, que foi extremamente simpática e receptiva quando a abordei na EIC, no dia de sua alta, mas quando telefonei para agendar a entrevista no domicílio não fui atendida por ela, apesar de ter ligado inúmeras vezes. Beatriz também concordou em receber-me, mas quando liguei para agendar a entrevista ela nem mesmo atendeu ao telefonema encarregando sua irmã de dar diferentes desculpas. Após insistir algumas vezes, acabei por desistir.

Quando não era possível realizar a entrevista no domicílio das gestantes, optava por realizá-la durante a internação, sempre procurando, de acordo com a concordância da gestante, marcar sua realização em horário de menor movimento na unidade. Algumas entrevistas foram realizadas na própria EIC, algumas na sala da chefia de enfermagem, e também na sala de atendimento ao recém-nascido, quando na ausência dos pediatras no serviço.

Para conseguir efetuar algumas visitas que tinham como finalidade a realização da entrevista, foi necessário agendar com antecedência e, para facilitar meu acesso à casa das gestantes, como “quebra gelo”, eu passei a propor um acordo. Eu levaria o bolo, e elas (as gestantes) fariam o café. Isso facilitava o entrosamento e eu percebia que elas ficavam mais à vontade, pois sabia que as condições econômicas da maioria delas dificultaria o preparo de um lanche o que acabava por dificultar que aceitassem receber-me em suas casas. Todas as vezes também levei pequenos mimos para o bebê, o que tornava o clima mais amistoso.

Procurei me dirigir à casa das informantes utilizando sempre o serviço de transporte coletivo, com o objetivo de viver a experiência da

mesma forma que elas, pois inúmeras vezes ouvi reclamações sobre suas dificuldades para chegar ao hospital. Muitos trajetos implicavam na utilização de duas linhas diferentes (complementares), em veículos lotados, e duraram mais de uma hora, visto que a maioria morava em bairros da periferia, muito distantes e de difícil acesso. O deslocamento, na maioria das vezes, se revelou uma experiência cansativa.

Ao chegar aos domicílios sempre procurava observar os aspectos físicos da construção. As casas, em sua maioria, eram pequenas, com no máximo quatro peças, algumas em alvenaria, e outras em madeira. De forma geral havia indícios de reformas, com entulhos e material de construção no terreno, onde eu procurava identificar se existia horta ou árvores frutíferas. A maioria, mesmo tendo espaço para um quintal, não tinha hábito de cultivo.

No interior da maioria das residências havia móveis simples e alguns eletrodomésticos, como geladeira, fogão a gás e televisão. Quando havia mais de uma criança, elas utilizavam um único quarto. Todas possuíam luz elétrica e água encanada. Eu procurava observar aspectos da organização doméstica, como o arranjo e a manutenção dos diversos ambientes, além do tipo de alimentos que ficavam expostos, assim como medicamentos e chás, bebidas alcoólicas, objetos pessoais, imagens religiosas, objetos de decoração, dentre outros. Pude perceber que, de modo geral, sempre havia biscoitos, salgadinhos e algumas guloseimas sobre a mesa, ou visíveis em armários. Em quase todas as casas havia na cozinha uma caixa, pote ou bandeja onde eram guardados os medicamentos. Algumas vezes identifiquei embalagens de chá e até mesmo preparados de ervas em garrafas.

Quando houve oportunidade, procurei interagir com outros membros da família, mas na maioria das vezes encontrava a gestante sozinha em casa, ou apenas com os filhos. Mesmo assim, pude observar e conversar com algumas mães e maridos, procurando aprofundar o tipo de envolvimento no processo de enfermidade-atenção.

As visitas sempre iniciavam de modo distante e um tanto superficiais, porém, após alguns minutos de conversa sobre assuntos do cotidiano de nossas vidas, o clima se tornava agradável e a entrevista ocorria sem dificuldades, terminando sempre com um café preparado pela gestante, para acompanhar o bolo oferecido pela pesquisadora.

Procurei realizar as entrevistas da maneira mais informal possível, como uma conversa, pois como aconselham Polit e Hungler (2004), as entrevistas devem oportunizar ao entrevistado falar livremente, pois assim procedendo, permitirá que o pesquisador explore as questões básicas que o provocam, visando a repostas às suas

inquietações. Permaneci atenta ao que perguntar, mas também ao que não perguntar. Mantive preocupação em ter especial sensibilidade para perceber os tabus, os assuntos proibidos e os sentimentos difíceis de serem expressados, pois como refere Amézcuca (2000), isso poderia afastar-me das pessoas e do próprio empreendimento investigativo. Tomei cuidado ainda em relação ao uso do gravador. Sempre solicitei a autorização para fazer a gravação e procurei manter o aparelho fora da vista da gestante, para evitar algum constrangimento. Também de forma discreta usei o diário de campo para anotar detalhes, como expressões e reações da informante, e também minhas impressões do momento. No total foram realizadas 27 entrevistas, todas gravadas e transcritas posteriormente.

No transcorrer do período de coleta de informações tive oportunidade de conviver mais de perto com algumas gestantes, como foi o caso de Bianca, Bárbara e Isabel, as quais visitei mais de uma vez e que, ao longo da minha caminhada, se tornaram pessoas especiais, tanto pelas informações que obtive nesse convívio, quanto pela afetividade decorrente dele.

Após encerrar a coleta de dados, passei à reflexão e análise destas informações, que corresponde ao quarto momento da OPR. Nessa ocasião, mergulhei nos dados obtidos, fazendo leitura e releitura atenta, recapitulando situações observadas e, nos casos em que houve necessidade, busquei novamente os informantes para discutir, reavaliar e confirmar os resultados. Apesar de a ênfase na reflexão ocorrer apenas na fase final do estudo, de certa forma ela esteve presente desde o início do trabalho de campo (LEININGER, 1991).

3.4 O REGISTRO E A DOCUMENTAÇÃO DOS DADOS

Utilizei o Diário de Campo como instrumento de registro, no qual relatei tudo o que vi, ouvi e vivi durante os onze meses de permanência no campo, além de retratar as preliminares da entrada no cenário investigativo, assim como os complexos movimentos de saída e de despedidas dos contextos do estudo. No Diário anotei o que disseram, fizeram e pensavam os meus informantes, de forma “densa”, precisa e detalhada. Tomei-o como uma forma de ordenação das notas e um instrumento de autodisciplina, já que, segundo Amézcuca (2000), trata-se de uma estratégia de controle e rigor da investigação, pois nele está impresso como se produz o conhecimento, orientando a subjetividade e

o papel do investigador no campo.

Antes mesmo de iniciar a coleta de dados planejei quais seriam as anotações que precisariam ser feitas, concentrando-me na tarefa de recolher informações que englobassem as atividades como investigadora, os acontecimentos, as conversas, as observações, além das hipóteses e interpretações que iriam surgir, e que deveriam balizar-se no aporte teórico. Isso me ajudou a não perder o foco da pesquisa. Considerei as recomendações de Amézcuca (2000) e de Monticelli (2003), de que o registro fosse feito com disciplina e rigor, sendo que para cada uma hora de observações podiam ser geradas de quatro a seis horas de anotações.

Mantive-me atenta à orientação referente ao formato do registro, ou seja, os relatos obtidos dos informantes (de forma sistemática ou assistemática), assim como as observações feitas pela pesquisadora, deveriam ser anotados literalmente, de modo fiel e o mais próximo possível de sua ocorrência. Também foram registradas as experiências, as ideias, os medos, os erros, as confusões, as reflexões do pesquisador, suas condutas, mudanças na perspectiva metodológica, assim como sentimentos e *insights* analíticos surgidos durante a trajetória investigativa (MONTICELLI, 2003).

As anotações, portanto, envolveram situações vividas e observadas, além de *insights* indicativos para outras observações e/ou entrevistas. A cada período de observação e a cada entrevista realizada (com o uso de gravador), eu fazia os registros o mais próximo possível, visando a aproveitar a memória recente dos fatos, destacando pontos importantes, que necessitassem ser aprofundados, e que poderiam ser complementados posteriormente, na fase de reflexão.

A transcrição das entrevistas foi feita pessoalmente e bastante próximo de suas ocorrências, a fim de que as reações, ações, expressão de sentimentos e a linguagem corporal, não “captados” pelo gravador, estivessem ainda na memória visual, podendo ser reativados.

Cada período de observação, assim como cada entrevista, era precedida de uma identificação com dados referentes à ocasião, como local, data e horário (Exemplo: local EIC, 14-03-11 segunda feira, 8:15-10:50, ou Entrevista 2, gestante Isabel, domicílio, 17-09-11, sábado, 14:30-17:00). Os arquivos de som e os arquivos de texto, após sua transcrição, foram arquivados em meu computador pessoal.

Para a organização do Diário de Campo adotei o modelo proposto por Shatzman e Strauss (1973), que propõe o uso de Notas de Observação (NO), que contemplava a descrição detalhada de tudo o que foi vivenciado no campo; Notas de Entrevista (NE), compostas dos

relatos obtidos nos diálogos promovidos de modo sistemático e programado; Notas Teóricas (NT), cujo conteúdo referia-se às primeiras interpretações feitas por mim, por ocasião da coleta das informações, algumas reflexões teóricas que surgiam durante o processo, nomes de autores que poderiam auxiliar no embasamento da análise além de padrões e temas que se apresentavam; e Notas Metodológicas (NM), que incluíram as observações referentes às estratégias utilizadas para a coleta das informações (**Apêndice C**).

3.5 A ANÁLISE DOS DADOS

Esta etapa da atividade investigativa envolveu incessante diálogo com o referencial teórico, articulando a experiência vivida em campo com os conceitos emanados da perspectiva antropológica, cuja função estava em direcionar minhas interpretações e abstrações.

De acordo com Geertz (2008a), o etnógrafo, ao analisar, constrói interpretações sobre as interpretações dos informantes, haja vista que os mesmos produzem interpretações de suas próprias experiências. Durante a análise, não se pode perder a centralidade do conceito de cultura, não esquecendo que o trabalho etnográfico está voltado para os valores, as concepções e os significados atribuídos pelos atores sociais, os quais devem ser descritos e compreendidos.

Durante os procedimentos de organização dos dados e interpretação dos mesmos, percebi que as informações de uma pesquisa etnográfica tendem a ser pouco estruturadas, em grande quantidade, e provenientes tanto de narrativas, quanto de descrições; exigindo assim um envolvimento extremo do pesquisador. A tarefa, pois, tornou-se complexa e trabalhosa, pois envolveu desde o descobrimento do modo de colocar alguma ordem nas informações, até a intrincada tarefa de induzir dali temas relevantes que dessem “substância interpretativa” para responder aos objetivos da etnografia.

Como ferramenta norteadora, utilizei o modelo de análise proposto por Leininger (1991), seguindo quatro fases, conforme descrevo a seguir:

- 1) Coleta e descrição de dados brutos: foi composta pelo registro de dados obtidos a partir de observações, entrevistas e das experiências participativas, dando especial atenção para a perspectiva *emic* dos informantes. Nesta fase, logo após levantar as informações, procurava realizar todas as anotações no diário de campo, assim que dele me

afastava, visando a manter viva a memória. Muitas vezes realizei estas anotações no posto de enfermagem, pois temia que, ao deixar para mais tarde, algum detalhe ficasse esquecido. Conforme explicitei no item anterior, todas as entrevistas gravadas também foram transcritas no diário.

2) Identificação de descritores e componentes: após as primeiras leituras flutuantes ao *corpus* das informações registradas em Diário, buscava identificar palavras-chave, frases ou expressões, que fossem indicadoras de semelhanças e divergências, iniciando assim a codificação inicial que conduzirá, posteriormente, à categorização/tematização dos significados emergentes. As informações foram sendo destacadas em cores diferentes, associadas a cada uma das questões da pesquisa.

3) Análise contextual e de padrões recorrentes: consistiu no agrupamento de unidades sequenciais que pudessem levar à formação de temas, os quais são compreendidos como unidades de significado mais amplas. Os descritores identificados por cores na etapa anterior foram agrupados em quadros, de acordo com o objetivo a que respondiam. Foi uma etapa difícil e que exigiu esforço e atenção para elaborar o agrupamento e a síntese de trechos do diário de campo e das entrevistas, tendo sido necessárias inúmeras idas e vindas visando à familiarização e ao domínio do conteúdo, para que o processo analítico resultasse na “redução” dos dados brutos e na identificação dos padrões que pudessem levar aos possíveis temas. O exercício se repetiu inúmeras vezes e cada quadro foi modificado e refeito várias vezes, quando então os padrões eram renomeados e regroupados. Essa fase do processo analítico ocorreu concomitantemente à etapa final de coleta de dados, quando realizei a confirmação das informações junto a algumas gestantes e profissionais, e também foi o momento em que visualizei sinais de saturação das informações.

4) Identificação de temas relevantes e formulações teóricas: de acordo com Leininger (1991), Monticelli (2003) e Lima et al. (1996), nesta fase deve-se realizar o refinamento dos dados e iniciar as formulações teóricas, o que requer síntese, interpretação e abstração de ideias. Foram então reagrupados os padrões encontrados anteriormente, buscando-se o refinamento necessário para chegar aos temas. Assim, por exemplo, os padrões “Modificações alimentares (restrição de sal)”, “Uso do aparelhinho” e “Medicamentos: a terapia predominante” foram incluídos em uma ampla unidade de significado (um único tema), denominado “Práticas de autoatenção relacionadas com a biomedicina”. Após todos os refinamentos, passei então a escrever a etnografia, subdividindo-a em três manuscritos artigos científicos, que serão apresentados no capítulo

de Resultados.

Embora as fases do processo analítico tenham sido descritas de forma individual e sequencial, na prática, foram desenvolvidas de forma contínua, sempre com o acompanhamento e a checagem das professoras pesquisadoras, orientadora e co-orientadora, quando eram discutidas as interpretações e as reflexões pertinentes.

Um exemplo da operacionalização das etapas analíticas encontra-se no **Apêndice D**.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A postura ética do etnógrafo implica sensibilidade e respeito ao “outro”. A sensibilidade é imprescindível para que se possa compreender e aceitar o ser humano na sua singularidade que, compreendida nas diversas dimensões, exige do pesquisador uma postura política e profissional de aceitação, respeito e que resulte em respostas às necessidades dos informantes. Desta forma, o estudo foi pautado nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), assim todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados.

Visando a garantir o rigor exigido na execução de uma pesquisa científica, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do hospital, e foi aprovado sob o número 2355.249/2010-10. Somente após sua aprovação, foram iniciadas as atividades de coleta de informações. Para que o Comitê acompanhasse todos os passos da investigação realizada, a doutoranda e a orientadora elaboraram e entregaram quatro relatórios de pesquisa, do início da coleta até o final do processo de interpretação dos dados.

No desenvolvimento desse estudo foi respeitada a individualidade, considerando a singularidade, a história e o contexto de vida de cada um dos informantes. Todos foram devidamente esclarecidos sobre o estudo e tiveram garantido seu anonimato com nomes fictícios, preservando os valores éticos e morais.

O direito de participar ou não da pesquisa foi garantido, bem como a desistência em qualquer momento do estudo, sem qualquer interferência no tratamento, no caso das gestantes hipertensas ou na atividade profissional ou de aprendizagem, no caso de profissionais e estudantes de enfermagem e medicina.

Após receber as explicações sobre os objetivos e a metodologia a ser adotada, aqueles que aceitaram participar do estudo, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice E, Apêndice F, Apêndice G e Apêndice H**).

Também me coloquei à disposição para qualquer esclarecimento, quando necessário, e, como pesquisadora, me comprometi a manter a confidencialidade das informações.

4 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa, sob a forma de três artigos científicos.

O primeiro artigo, **Significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez**, busca responder ao primeiro objetivo da etnografia.

O segundo artigo, **Gestantes hipertensas: experiências, subjetividades e formas de atenção e autoatenção à saúde**, apresenta respostas ao segundo objetivo.

O terceiro artigo, intitulado **Gestantes hipertensas e suas relações com os profissionais de saúde de um hospital universitário**, apresenta as contribuições provenientes do terceiro e último objetivo na etnografia.

Os manuscritos foram elaborados seguindo as instruções estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (normas da ABNT), sendo que, posteriormente, serão convertidos às normas dos periódicos selecionados para a submissão.

4.1 ARTIGO 1 - SIGNIFICADOS CULTURAIS ATRIBUÍDOS POR GESTANTES À VIVÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ

SIGNIFICADOS CULTURAIS ATRIBUÍDOS POR GESTANTES À VIVÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GRAVIDEZ¹

Marialda Martins²

Marisa Monticelli³

Eliana Diehl⁴

RESUMO: Estudo etnográfico realizado entre outubro de 2010 e dezembro de 2011, buscando compreender os significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez. As informantes-chave foram 22 mulheres que receberam diagnóstico de hipertensão durante a gestação. O contexto foi um hospital-escola do Estado do Paraná, e os domicílios das gestantes, usando observação participante e entrevistas semiestruturadas. A análise foi feita segundo os princípios da Etnoenfermagem. Os resultados indicaram que os significados culturais atribuídos à hipertensão são marcados pelo medo da morte do bebê e da própria morte. As gestantes portadoras de transtornos hipertensivos interpretam e atribuem sentidos às suas experiências, tendo por base uma rede de símbolos e significados criada e recriada a partir da interlocução contínua com suas famílias, outros grupos sociais e com profissionais de saúde que as assistem, e a subjetividade contribui para as percepções e significados revelados. A experiência da doença e as referências socioculturais do contexto das gestantes devem ser consideradas, uma vez que contribuem para a

¹ Artigo decorrente da tese de doutorado intitulada “Gestantes hipertensas: significados culturais, formas de atenção à saúde e relações com a biomedicina”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em 14 de dezembro de 2012.

² Doutoranda do PEN/UFSC. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Paraná, Brasil. E-mail: marialda@ufpr.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente credenciada do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

⁴ Doutora em Saúde Pública. Professora Associado do Departamento de Ciências Farmacêuticas e do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: elianadiehl@hotmail.com.br

compreensão dos significados culturais, permitindo que os profissionais prestem assistência fundamentada nas necessidades específicas dessas mulheres, além de contribuir para a ampliação do conceito de risco.

DESCRIPTORES: Cultura. Risco. Hipertensão gestacional. Atenção terciária à saúde.

CULTURAL MEANINGS GIVEN BY PREGNANT WOMEN TO EXPERIENCE OF HYPERTENSION IN PREGNANCY

ABSTRACT: Ethnographic research conducted between october 2010 and december 2011 that tried to understand the cultural meanings attributed by pregnant women to experience of hypertension in pregnancy. The key-informers were 22 women diagnosed with hypertension during the pregnancy. The context was a school-hospital of Paraná State; and the houses of the pregnant women using the participant observation and semi structured interviews. The analysis was made by the etnonursing statements. The results showed that the cultural meanings attributed to the hypertension are marked by the fear of baby's or their own death. The pregnant women carrier of hypertensive diseases interpret and give sense to their experiences, based on a net of symbols and meanings created and recreated from the continuous interlocution with their families, with different social groups and with the health professionals that attend them, and the subjectivity contributes to the perceptions and meanings revealed. The experience of sickness and the references of the socio cultural context of the pregnant women must be considered, since they contribute to the comprehension of the cultural meanings, allowing the professionals to attend based on the specific needs of these women, besides of contributing to the amplification of the risk's concept.

DESCRIPTORS: Culture. Risk. Hypertension during pregnancy. Tertiary health care.

SIGNIFICADOS CULTURALES ATRIBUIDOS POR GESTANTES A LA VIVENCIA DE HIPERTENSIÓN DURANTE EL EMBARAZO

RESUMEN: Estudio etnográfico hecho entre octubre de 2010 e diciembre de 2011 que buscó comprender los significados culturales atribuidos por mujeres embarazadas a la vivencia de la hipertensión del embarazo. Los informantes clave fueron 22 mujeres que recibieron el

diagnostico de hipertensión durante el embarazo. El contexto fue un hospital-escuela del Estado de Paraná y las casas de las gestantes usando la observación participante y entrevistas semi estructuradas. El análisis fue hecho según los principios de la etno enfermería. Los resultados indicaron que los significados culturales atribuidos a la hipertensión son marcados por el miedo da la muerte, ya sea de su propia muerte o la del bebé. Las gestantes portadoras de trastornos de hipertensión interpretan y atribuyen sentidos a sus experiencias, basadas en una red de símbolos y significados, creada e recreada desde la interlocución continua con sus familias, otros grupos sociales y con los profesionales de salud que las asisten y la subjetividad contribuye para las percepciones y significados revelados. La experiencia de enfermedad y las referencias socioculturales del contexto de las gestantes deben ser consideradas, ya que contribuyen para la comprensión de los significados culturales, permitiendo que los profesionales presten asistencia basados en las necesidades específicas de estas mujeres, más allá de contribuir para la ampliación del concepto de riesgo.

DESCRIPTORES: Cultura. Riesgo. Hipertensión inducida en el embarazo. Atención terciaria de salud.

INTRODUÇÃO

A razão de Mortalidade Materna (MM) é considerada um indicador oficial de qualquer país, que revela a qualidade da assistência de saúde oferecida à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo de grande impacto dentro do quadro de morbimortalidade das mulheres em idade fértil, ou seja, entre 15 e 49 anos (BRASIL, 2007). Este indicador, ao mesmo tempo em que expõe a real situação socioeconômica de uma nação, refletindo a qualidade de vida de sua população, e as medidas de saúde adotadas pelas políticas governamentais, também repercute em um problema de grande magnitude social, uma vez que ceifa a vida de mulheres, que deixam filhos e dependentes, gerando diferentes graus de desestruturação familiar e o aumento do número de crianças órfãs (GOMES et al., 2006; SOUZA et al., 2006; GELLER et al., 2004).

Dados atuais informam que em 2010 a razão de MM no Brasil foi de 68 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2012), índice considerado alto, uma vez que a Organização Mundial da Saúde preconiza como aceitável o máximo de 10 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (WHO, 2010). Dentre esses óbitos, os que ocorrem por

transtornos hipertensivos estão entre os mais frequentes, haja vista que as principais causas de mortes maternas registradas no Brasil em 2010 foram: hipertensão gestacional (13,8), hemorragias (7,9) e infecção puerperal (4,4), por grupo de 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2012).

A hipertensão gestacional caracteriza-se pela tríade: edema, proteinúria e hipertensão arterial. Trata-se de uma síndrome que acontece no final do 2º trimestre da gestação e persiste durante todo o período gestacional (CUNHA; COSTA; DUARTE, 2001). Quando instalada, de acordo com o sistema oficial de saúde e em âmbito internacional, caracteriza a gestação como sendo “de risco”, envolvendo, portanto, “gestantes de risco”, que são aquelas que, “por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe” (BRASIL, 2000, p.11). Essa condição as insere em uma situação de liminaridade física de dupla fragilidade, levando-as à necessidade de assistência profissional especializada, visando a garantir o controle dos níveis pressóricos e, por conseguinte, um desfecho positivo para mãe e concepto.

Embora tal assistência seja imprescindível, do ponto de vista da inevitabilidade da MM, conforme apontam as estatísticas oficiais, percebe-se que a subjetividade dessas mulheres nem sempre é considerada pelos profissionais da área obstétrica, que tendem a adotar uma postura etnocêntrica, nem sempre relativizando seus saberes, ou mesmo desconsiderando, muitas vezes, os contextos locais de aprendizagem e autoatenção para atender às suas próprias expectativas de enfrentamento da condição de saúde-doença.

Esse contexto tem suscitado críticas no sentido de que o sistema oficial necessita, além da objetivação da doença e da preocupação com o “estabelecer o diagnóstico” ou com o “encontrar a patologia” do paciente (BONET, 2004, p.96), incorporar também aspectos subjetivos nas explicações dadas à doença, reforçando sua interação social com as gestantes e valorizando aspectos da experiência dessas mulheres.

Para minimizar o reducionismo marcante da ideologia biomédica, faz-se necessário considerar a subjetividade que envolve o processo de saúde-doença-atenção (MENÉNDEZ, 2003, 2009), enfocar diferentes significados de tal fenômeno, além daqueles que constituem a cultura médica oficial moderna, na tentativa de alcançar uma visão mais ampla da gestante hipertensa (DUARTE, 1993; TAUSSING, 1992).

A compreensão dos significados atribuídos pelas mulheres que vivenciam uma gestação “de risco” se revela importante para a prática que não priorize apenas a perspectiva biomédica, mas que resgate a

integralidade do ser humano, envolvendo, além dos aspectos biológicos e epidemiológicos, os sociais, os culturais e os éticos, articulados em um contexto de atuação multiprofissional (DOMINGOS; MERIGHI, 2010). A apreensão, por parte da equipe de saúde, da subjetividade das gestantes hipertensas, se apresenta como caminho para efetivar aproximação entre elas e os profissionais, uma vez que a noção de risco elaborada pelas mulheres, com base na sua subjetividade e seu contexto sociocultural, pode ser diferente da conotação dada ao risco pela cultura biomédica.

Segundo Castiel (1999), no âmbito das publicações brasileiras, existe uma heterogeneidade nos sentidos atribuídos à gestação de risco, que pode estar relacionada com a variedade de significados-definições para a expressão “risco”. O fato de assumir diferentes sentidos contribui para a existência de ambiguidades. Gomes et al. (2001), analisando o conceito de gestação de alto-risco em artigos publicados num periódico brasileiro representativo do campo da biomedicina, concluíram existir uma imprecisão no entendimento sobre este conceito no âmbito do sistema oficial de saúde, onde os debates em relação ao tema reduzem a gestação de alto-risco a fatores de risco ou se limitam aos aspectos fisiopatológicos. De certa forma, segundo os autores, isso dificulta a abordagem de questões relacionadas à mulher e ao conceito, enquanto sujeitos do ciclo gravídico.

No sistema oficial de saúde, predominam os conceitos da epidemiologia que, conforme Menéndez (2009) desconsideram os processos socioculturais, devido à sua identificação com a metodologia “científica” e, em consequência, abandonam todo tipo de dado qualitativo, os quais são decisivos para compreender os comportamentos atinentes aos padecimentos investigados. A epidemiologia, com base em seu saber objetificado sobre saúde e doença, define quais são os sujeitos que estão em “risco” e quais os comportamentos que devem ser adotados para evitar os “riscos”; postura determinante para manter sua posição como ciência dominante. Tal ótica tende a ocultar a complexidade e a dimensão social da doença, atribuindo ao risco o caráter quantitativo, científico e impessoal, reduzindo, assim, a experiência social a aspectos biológicos, e o grupo, à simples soma de indivíduos (MENÉNDEZ, 2009).

Menéndez (2009) frisa ainda que A BIOMEDICINA NÃO VALORIZA dados qualitativos e, principalmente, aquelas informações a respeito de processos socioculturais, os quais são decisivos para compreender e desenhar ações referentes, ao menos, a uma parte dos padecimentos.

Em face do contexto biomédico predominante no sistema oficial de saúde, que pressupõe modificar o comportamento das gestantes hipertensas, impingindo certas atitudes justificadas pelo saber dito científico, desconsiderando seu contexto sociocultural e ignorando aspectos relativos à sua subjetividade, é possível inferir que as explicações das gestantes hipertensas podem ser diferentes das explicações biomédicas, e que os enfrentamentos concretos do cotidiano dessas mulheres podem não coincidir com as abstrações do mundo clínico da medicina. Acredita-se também que uma visão complexa e integral da vivência da gestação exige que o profissional compreenda a experiência do adoecimento e da atenção à saúde na perspectiva das gestantes, em que a enfermidade é composta pela resposta subjetiva às suas experiências, da família e de sua rede social (LANGDON, 2003). Assim, as interpretações das gestantes devem ser consideradas, pois podem trazer à tona as vulnerabilidades às doenças, às complicações e à morte.

Portanto, é relevante aprofundar os significados que os diferentes grupos ou coletividades atribuem ao processo saúde-doença-atenção, os quais não podem ser dissociados do contexto cultural, uma vez que cultura constitui um conjunto de símbolos e significados que são partilhados e “fazem sentido” dentro de um sistema social (GEERTZ, 2008). Diante do recorte traçado para a problemática desse estudo, para interagir genuinamente com as gestantes hipertensas, é requerido que os profissionais compreendam que estas percebem a realidade e agem dentro de uma perspectiva sociocultural e de suas experiências subjetivas, sendo que hipertensão gestacional pode ser considerada não apenas como um processo biológico, mas também o resultado do contexto cultural e dessas experiências (LANGDON, 2003), bem como sua interpretação é apreendida e recriada por meio da convivência com os membros da sociedade em que vivem (ALVES, 1993).

Este estudo objetivou compreender os significados culturais atribuídos por gestantes à vivência da hipertensão arterial na gravidez.

METODOLOGIA

Estudo etnográfico, realizado entre outubro de 2010 e dezembro de 2011, num total de 187 dias, nos contextos da maternidade de um Hospital-escola (ambulatório de Pré-natal de Alto Risco/PNAR e Enfermaria de Internação Clínica/EIC), que é referência para gestação de “risco” no Sul do Brasil, e do domicílio das gestantes. O PNAR funciona de segunda a sexta-feira das 7:00 às 16:00 horas, atendendo a

gestantes classificadas como de “risco” e que são encaminhadas de unidades básicas de saúde do município e região metropolitana. A EIC localiza-se no segundo andar da maternidade, na Unidade de Alojamento Conjunto. Nesse setor são internadas as gestantes que necessitam de supervisão clínica direta, em qualquer período gestacional.

Os sujeitos foram 22 gestantes, sendo considerados critérios de inclusão: possuir diagnóstico de transtorno hipertensivo e estar realizando pré-natal no ambulatório do PNAR em qualquer idade gestacional, ou estar internada na EIC durante a coleta de dados. Foi requerido ter mais de 18 anos de idade. As informações foram coletadas utilizando como técnica principal a entrevista semiestruturada e como técnica complementar a observação participante, conforme modelo denominado de Observação-Participação-Reflexão, proposto por Leininger (1991). Todas as entrevistas com as gestantes foram gravadas após concordância das informantes e posteriormente transcritas. Foram realizadas com o objetivo de complementar ou aprofundar as informações relacionadas a temas relevantes, tendo sido agendadas conforme conveniência das informantes, combinadas com antecedência. Sempre que possível ocorreram nos domicílios, os quais se localizavam em bairros da periferia ou na região metropolitana do município sede do hospital. Quando não foi possível ir ao domicílio, as conversas aconteceram na EIC, em horário combinado.

A observação participante ocorreu na EIC, acompanhando-se as gestantes através de falas, gestos e atitudes, as suas relações com as demais gestantes internadas e com os profissionais da equipe de saúde, e dando especial atenção às interações com as equipes de enfermagem e médica (neste caso, principalmente as visitas médicas, realizadas no período da manhã). No PNAR, após acordo com as gestantes e consentimento dos profissionais e estudantes da área de saúde, acompanharam-se as consultas e também observaram-se as gestantes enquanto aguardavam o atendimento, permanecendo com estas na sala de espera. No domicílio foram observados o contexto da fala durante a entrevista e, sempre que possível, sua relação com os familiares.

Foi usado diário de campo para registro e organização das informações, seguindo o modelo de Shatzman e Strauss (1973), que propõem o uso de notas de entrevista, compostas dos relatos das entrevistas; notas de observação, que contemplam a descrição detalhada de fatos e conversas; notas teóricas, cujo conteúdo engloba as interpretações feitas pelo pesquisador, por ocasião da coleta das informações; e notas metodológicas, que incluem as observações

referentes às estratégias utilizadas para a coleta das informações. Além da descrição dos dados brutos, o processo analítico considerou: a) identificação dos principais descritores (frases ou expressões comuns), quando se buscou indicadores de semelhanças e divergências entre os dados; b) análise contextual e de padrões recorrentes, considerando-os como unidades mais densas de análise que pudessem contribuir para a elaboração de temas; e c) identificação de temas relevantes e formulações teóricas (LEININGER; Mc FARLAND, 2006).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital escolhido como campo de pesquisa, sob número 2355.249/2010-10. Foram respeitados os preceitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na seção Resultados e Discussão se utilizarão nomes fictícios para identificar as gestantes, seguidos pelo número de semanas de gravidez e local da coleta de dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 22 informantes possuíam entre 20 e 45 anos, com o número de gestações entre uma e seis. A idade gestacional oscilou entre 24 e 38 semanas. A escolaridade média foi ensino médio completo e a renda média familiar foi de três salários mínimos. A maioria possuía emprego fixo. Quanto à religião, sete se diziam evangélicas e as demais, católicas. Em relação ao estado civil, 14 eram casadas, seis viviam em união estável, uma era divorciada e uma solteira.

O processo analítico resultou em dois temas, que serão apresentados a seguir: “Tenho medo porque pressão alta pode cozinhar o bebê” e “Eu sei que é perigoso, tenho medo de morrer”.

“Tenho medo porque pressão alta pode cozinhar o bebê”

A gestação, para todas as informantes, se caracterizava como um período de inúmeras mudanças físicas e emocionais, ansiedade e expectativas. Somando-se a isto, a instalação ou o agravamento da hipertensão fazia com que a mulher convivisse com os mais diversos sentimentos, destacando-se o medo, que foi verbalizado inúmeras vezes, aparecendo quando elas entendiam, com base nas interações com profissionais ou com outras gestantes, que poderiam vir a perder o bebê.

“O mais difícil de tudo, eu acho que é o medo, controlar o medo, aquele medo de passar pelo quinto mês, pelo sétimo mês, nascer prematuro

por causa da pressão alta, de acontecer alguma coisa, porque sempre eu fico: ‘será que tá mexendo?’” (Priscila, 38 semanas, domicílio).

Para Priscila, o medo expressado estava relacionado com o fato de que uma amiga havia perdido o bebê no quinto mês, e sua cunhada, no sétimo mês, ambas por problemas consequentes à hipertensão. A possibilidade de que a gestação não alcance um bom resultado gera medo e ansiedade, principalmente relacionados a perdas, malformações e prematuridade (ZAMPIERI, 2001).

Priscila e outras gestantes se emocionavam e choravam com facilidade quando se referiam ao bebê que esperavam, expressando emoções negativas e, particularmente, o temor de que o mesmo não sobrevivesse até o término do nono mês. Resultados similares também foram encontrados por Cunha et al. (2009), com gestantes portadoras de várias intercorrências gravídicas que caracterizavam “risco” obstétrico, e não apenas hipertensão, revelando que as mulheres, ao viverem a gestação de “risco”, experienciavam sensações como receio, desespero, insegurança e culpa, e referiam o medo de a criança não resistir.

“Me falaram, minha mãe e a vizinha, já no começo da gravidez. A vizinha também teve [hipertensão na gravidez]. Tinham falado que o nenê podia morrer na minha barriga. Que pressão é perigoso. E gestante ainda! Você coloca minhoca na cabeça! Ah, fica pensando: ‘meu Deus, se a pressão sobe, e o nenê!!’ [em tom de drama]. Imagine você não saber se tá bem ou não tá. Eu sossegava quando fazia ecografia e via que o nenê tava bem. Tem que se preocupar, né? A minha vizinha mesmo me perguntava: ‘já fez a eco?’ Se eu pudesse fazer uma ecografia todo dia eu fazia pra ver se o nenê tava bem” (Maria, 38 semanas, EIC).

O contato visual com o bebê, através da ecografia, desencadeou, em muitos pais, reações bastante positivas, proporcionando uma sensação de presença concreta do bebê, sendo suficiente para tranquilizar algumas mães (PICCININI et al., 2004). De acordo com Sarmiento e Setubal (2003), sob o ponto de vista dos pais, as características físicas se relacionam com a personalidade do bebê,

enquanto que os profissionais buscam aspectos relacionados à embriologia.

O medo da morte do bebê tem origem nas informações que circulam entre as mulheres, sendo que os conhecimentos sobre gestação e parto parecem ser compartilhados entre elas, inicialmente, no meio familiar, mas também nos pequenos grupos sociais fora da família. As mulheres, ao ouvirem histórias e relatos de experiências vividas por outras, configuram seus próprios saberes, elaborando assim os significados culturais sobre a gravidez em si, e também sobre os “riscos” envolvidos na ocorrência de sinais que podem ameaçá-la, como é revelado pelo fato de o bebê “cozinhar” em função da hipertensão.

“Lá no serviço da [cita o nome da amiga] teve uma que, por causa da pressão, diz que o nenê nasceu cozido, assim, tipo, soltou toda a pele e ele morreu” (Sofia, 38 semanas, domicílio). A mãe de Sofia complementou: *“lá no hospital também falaram isso”*.

Bianca relatou que ouviu esta explicação de outras mulheres:

“[...] porque a gente escuta história, assim, da pressão [...]. Diz que teve uma mulher aí que teve pressão alta. Tem gente jovem que a pressão tá subindo na gravidez, e daí diz que cozinha a criança” (Bianca, 24 semanas, domicílio).

- *Quem disse?* [pesquisadora]

“Eu ouvi esse comentário” (Bianca, 24 semanas, domicílio).

Em outra ocasião, a mesma gestante, com expressão circunspecta, narrou a história que a vizinha havia contado a ela sobre o bebê “cozinhar”:

“eu ouvi esse comentário. A vizinha que teve. Ela que diz que se a mãe tem muita pressão alta, a criança começa a cozinhar, dá tipo febre, sei lá, e a criança começa a cozinhar dentro da mãe. Isso é gravíssimo, né?” (Bianca, 27 semanas, domicílio) [grifo da pesquisadora].

Outras gestantes citaram este tema, o que demonstra a importância dada ao assunto, havendo uma explicação elaborada por elas, que agregava o sintoma percebido durante a crise hipertensiva aos efeitos causados ao bebê. As explicações podem ser resumidas em:

“[...] o coração acelera e dá esse calorão. Talvez dê calorão no bebê também” (Sofia, 38 semanas, domicílio).

“[...] é porque a bolsa, o líquido da bolsa, ele ferve” (Priscila, 38 semanas, domicílio).

“parecia que eu ia explodir” (Ju, 35 semanas, domicílio).

Segundo essas informantes, o calor percebido quando da elevação da pressão arterial aquece o corpo internamente, provocando a elevação da temperatura da água da bolsa, podendo culminar então com a representação de “cocção” do feto. Em razão deste entendimento, ao invés de desejarem preservar a gravidez, passam a querer que eles nasçam, ainda que prematuros, pois *“tem mais condição de sobreviver fora do que dentro da barriga”* (Denise, 28 sem, EIC). Trata-se, pois, de um significado de risco que é paradoxal à perspectiva profissional, onde a conduta é conservadora, sendo recomendado o prolongamento da gravidez, uma vez que o “risco” neonatal, na situação da hipertensão materna, é a possibilidade de ocorrência de hipóxia, prematuridade e retardo de crescimento intrauterino (FERRÃO, PEREIRA, GERGORIN et al., 2006; OLIVEIRA, LINS, SÁ et al., 2006). Para melhorar as condições perinatais é necessário, invariavelmente, que a gestante permaneça hospitalizada (NETO; SOUZA; AMORIM, 2010). Em face disto, observou-se que todas as gestantes internadas sentiam-se sob tensão, prolongando sua expectativa em relação ao nascimento do bebê, demonstrando ansiedade e, muitas vezes, verbalizando que a espera era difícil e que preferiam que a gestação fosse interrompida o mais brevemente possível.

Vachod (1996), Martins (2001), Santos (2003), Leal (2004) e Moreira (2005), encontraram diferentes explicações para a ocorrência, por parte das gestantes, acerca do “medo da morte do bebê”, porém os estudos citados não relataram explicação por motivo semelhante ao encontrado nesta pesquisa.

Essas mulheres elaboram a explicação para dar sentido aos

acontecimentos que ocorrem no seu corpo, com base em um conjunto de símbolos significativos, criados, compartilhados e transformados por elas e articulando-os ao saber médico adquirido nas instituições oficiais, reafirmando o caráter dinâmico da cultura. Gualda et al. (2009) afirmam que as transformações corporais vividas pelas gestantes podem afetar sua autoestima, a autoimagem e seu relacionamento social, uma vez que o corpo é uma construção na qual são inscritas diferentes marcas em diferentes contextos culturais e são resultado de práticas interpretativas distintas.

O significado de corpo tem sido construído de forma que a mulher, pela sua capacidade de gestar e parir, foi investida da função de produzir seres saudáveis, mas, sendo considerada de “risco” pelos profissionais de saúde, tem necessidade do aparato médico que, com seu saber legitimado pelo modelo biomédico hegemônico, de certa forma, exerce poder sobre ela.

Acentua-se, assim, a virtude da maternidade biológica, através da centralidade concedida ao corpo da mãe, da responsabilidade individual imposta a ela, em sua missão de gestar e parir, o que traz consigo a ameaça às que fracassam na função de gerar filhos/as perfeitos/as e saudáveis. Segundo Odent (2002), ressignificações como estas têm intensas implicações nas concepções e políticas em torno da maternidade, particularmente aquelas que valorizam os aspectos biológicos (ODENT, 2002).

Costa (2007) explora o argumento de que as mulheres são educadas desde a infância para serem mães, aprendendo que a maternidade e a capacidade reprodutiva são “o destino” do corpo. Segundo Souza et al. (2009), ao perceberem que algo está “errado” na evolução da gestação, as mulheres sentem-se frustradas com a perda da gravidez idealizada e sentem-se incapazes de cumprir o seu papel no processo reprodutivo.

“Eu não queria que fosse assim. Fico triste. Queria ser igual todas as mulheres [...] acabou que nunca vou ter a experiência de ser mãe igual tem que ser, igual todo mundo diz... (Joana, 31 semanas, EIC).

Assim, o modo como a gestante hipertensa vive a gravidez e a maternidade pode ser analisado sob dois aspectos. Por um lado, aquele pertinente às redes interacionais, que influencia o sentir e o agir da mulher nesse período e, por outro, os componentes intrínsecos da

própria mulher, que têm relação com sua subjetividade. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem olhar a gestação de “risco” de forma mais ampla e buscar compreender a grande variabilidade de significados construídos, segundo as experiências de vida de cada gestante e, nesta perspectiva, valorizar cada uma delas no seu contexto específico, dando luz às suas necessidades, valorizando seus saberes sobre o processo saúde-enfermidade-atenção e entendendo que tais saberes podem ser diferentes em contextos culturais distintos.

“Eu sei que é perigoso, tenho medo de morrer”

De forma geral, as gestantes não verbalizavam claramente o medo da morte, mas era perceptível que esse sentimento estava presente durante a gestação e, muitas vezes, só era expressado quando se insistia em direcionar a conversa, buscando explorar os seus receios.

“Qualquer um tem medo, né? Porque tá numa situação bem difícil. É medo normal, como qualquer pessoa que tá nessa situação, de acontecer, né, sei lá [...]” (Vera, 27 semanas, EIC).

“Tô com medo que aconteça alguma coisa comigo” (Sofia, 38 semanas, PNAR).

Dourado (2005) relatou que o risco iminente de morte fica presente nos pensamentos das gestantes sem, contudo, apresentarem em seus discursos, algum esclarecimento da dimensão do problema na realidade.

A análise de 14 estudos abordando hipertensão gestacional, realizada por Martins et al. (2012), demonstrou que o medo da própria morte foi o sentimento mais comum revelado pelas gestantes hipertensas. Contudo, aparece relacionado a situações bem diversas, não tendo o mesmo significado para todas elas, sendo que na maioria das vezes este sentimento tinha origem no desconhecimento sobre a possível evolução da sua doença e na possibilidade de deixar outros filhos órfãos, o que corrobora o resultado encontrado neste estudo, quando o medo de morrer apareceu relacionado ao medo de não poder cuidar do filho que vai nascer ou dos outros filhos.

“Medo de perder ela, medo de acontecer alguma coisa comigo também... mais com ela do que comigo, né? Porque quando a gente é mãe, a gente se preocupa muito mais com o filho do que

com a gente mesma, né? Sei lá, passa tanta coisa pela cabeça assim” (Joaquina, 35semanas, EIC).

Moreira (2005) também identificou esse sentimento presente na experiência vivida pelas gestantes. Souza et al. (2009) afirmaram que o medo foi relatado e sentido em diferentes intensidades por gestantes classificadas como sendo de “risco” na linguagem obstétrica.

Ao observar e ouvir estas mulheres percebeu-se que o fato de temerem pela própria vida revela que vivenciam o risco de forma subjetiva, ou, como afirmam Castiel, Guilan e Ferreira (2010, p.45), sob uma perspectiva “construcionista fraca”, os riscos são mediações culturais de perigo e ameaças reais, passando a existir a partir do momento que o ator social assim o percebe. Portanto, a enfermidade está necessariamente presa a uma experiência (ALVES, 1993) e a experiência é com certeza uma dimensão da hipertensão gestacional, pois de acordo com esse autor, ela se refere aos meios pelos quais os indivíduos e os grupos sociais respondem a um dado episódio de doença, desvelando aspectos tanto sociais como cognitivos, tanto subjetivos (individuais) como objetivos (coletivo). A experiência da enfermidade é uma realidade construída por processos significativos intersubjetivamente partilhados. Para Langdon (1996), doença como experiência é um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores. A doença deixa de ser um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, para tornar-se um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura.

A hipertensão gestacional, neste caso, constitui-se num processo subjetivo que vai além do mundo sensível, uma interpretação e um julgamento sobre as impressões sensíveis produzidas pelo corpo, às quais se atribui um sentido, passando a ser consideradas não um fato, mas uma significação.

Várias informantes detalharam suas experiências anteriores e algumas demonstraram que construíram um saber próprio, capaz de conferir significado às suas ações e pensamentos, e divulgando seus sentimentos de maneira singular:

“eu fiquei com medo de voltar, pelo que já tinha acontecido na outra gestação. A gente fica meio tensa por causa do que já aconteceu” (Joaquina, 35 semanas, EIC).

“ah, tava com a vista embaralhada, dor de cabeça, na nuca. Deu medo mesmo porque eu já sabia que ia acontecer, porque foi igual da menina. Iam colocar sonda e sulfatar. Eu já sabia” (Maria, 38 semanas, EIC).

As gestantes davam importância ao conhecimento adquirido por meio de sua vivência, quando falavam da forma como se comportavam durante a gestação atual, e procuravam relacioná-lo com o conhecimento adquirido na gestação anterior. Segundo Alves (1993), as pessoas interpretam uma experiência de enfermidade a partir dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos. Sempre têm uma história particular, pois é constituída de e por experiências diversas.

O significado é construído por estas gestantes a partir de conhecimento obtido no seu contexto cultural, com base em uma gama de saberes obtidos na interação com familiares, com outras mulheres e, principalmente, com profissionais de saúde. Elas constroem as próprias concepções, com base nas suas experiências vividas e no contexto cultural.

Outro modo de expressar o perigo sentido em função da hipertensão na gestação foi mencionado por várias mulheres, com base nas informações médicas sobre as complicações que poderiam instalar-se.

“Ele [o médico] falou da pré-eclampsia, ele falou que é muito perigoso, que pode perder ou a mãe ou o filho, ou os dois” (Priscila, 38 semanas, domicílio).

“Eles [os profissionais] dizem que é complicado ficar pondo filho no mundo assim, porque uma criança que a mãe tem pressão alta é problema pra mãe e pra criança” (Bianca, 24 semanas, domicílio).

Os dados revelam, portanto, que as explicações dadas com base no modelo biomédico influenciam de alguma forma a construção dos significados, uma vez que as gestantes usaram com frequência adjetivos como “grave”, “perigoso”, “de risco”, comumente utilizados pelos profissionais, o que permite inferir que o risco percebido pelas gestantes

hipertensas sofre influência de conceitos utilizados pelo sistema oficial de saúde. Ou seja, a palavra risco se tornou comum na linguagem popular e inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas sobre o termo, envolvendo riscos médicos, os quais estão relacionados aos cuidados e tratamentos de saúde (LUPTON, 1999).

As gestantes demonstraram interesse pelo saber biomédico durante as visitas feitas pela equipe médica nas enfermarias, quando ficavam atentas, no mais profundo silêncio, prestando atenção a tudo o que era dito.

“O médico falou que a pressão alta pode dar problema no rim, mesmo não estando grávida, né, se ela ficar muito alta e não normalizar, você pode ter complicação no rim, pode afetar outros órgãos. Cada informação que eu fico sabendo, é mais pra eu tentar me cuidar mais” (Ângela, 24 semanas, EIC).

Os “riscos” são apresentados pelos profissionais utilizando a linguagem técnica da biomedicina, ou do sistema oficial de saúde, o qual, de acordo com Langdon (2003), também é um sistema cultural, e que fornece a essas gestantes informações que são utilizadas na interpretação de sua doença. Desta forma, o saber científico ou biomédico no qual predominam as explicações sob o ponto de vista fisiológico, influencia os significados elaborados a partir de experiências culturais vividas pelas gestantes.

Contudo, a forma como as gestantes experienciam os “riscos” depende do seu conhecimento e da maneira como se sentem em risco, o que demonstra, de forma clara, que a bagagem cultural das gestantes pode embasar a compreensão do risco gestacional vivenciado por elas e direcionar os encaminhamentos em cada situação específica.

Em um contexto de pluralismo de saberes e formas de atenção disponíveis há apropriação e ressignificação de partes de outros modelos de atenção pelos sujeitos ou grupos sociais que articulam, misturam, justapõem, reconstituem e organizam parte dessas formas de atenção (MENÉNDEZ, 2009). Neste sentido, os sujeitos elaboram sua própria noção de risco com base na situação vivida ou, como afirma Douglas (1994), o significado de risco é social e historicamente construído e está relacionado ao valor social a ele conferido em cada contexto.

“Depois que os médico mandaram, eu tomo dois comprimidos de seis em seis horas todo dia. Tomo com o chá mesmo. É dois comprimidos de 250

cada comprimido, daí fica 500, né [...] eu ferveo nove sementes de laranja quando ela tá muito alta e tomo, e quando não tá, eu largo dentro de um copo e vou tomando. Tomo chá com os comprimidos, principalmente depois que passei mal” (Júlia, 38 semanas, EIC).

As informações obtidas junto aos profissionais de saúde configuram uma influência bastante significativa na construção dos significados culturais da hipertensão gestacional, porém as gestantes hipertensas encontram elementos para dar sentido às suas experiências também na internet e na televisão.

“Fiquei apavorada, porque eu vi na televisão também naquela novela, já fica grávida, já fica com pressão alta e já morre, e pronto, assim. Eu me apavorei” (Ju, 35 semanas, PNAR).

“E eu li também na internet, eu pesquisei tudo. Tem como ver se vai ter pré-eclâmpsia pelo exame de sangue, e o exame da urina de 24 horas, e pelo inchaço em mãos, rosto e pés. Ele falou [se referindo ao médico] que se eu tivesse inchando demais era pra ir no médico” (Priscila, 35 semanas, domicílio).

Atualmente identifica-se a televisão e a internet como sendo meios para divulgação de informações importantes no campo da saúde, principalmente no contexto da reprodução humana (CITELI, 2002). A internet tem o potencial de combinar as várias fontes de informação de saúde existentes, provenientes de experiências pessoais de leigos e as fornecidas por profissionais (GRAY et al., 2005) e , portanto, exprime os diferentes pontos de vista existentes sobre um determinado tema, oportunizando às gestantes o acesso a informações compatíveis com diferentes modelos culturais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As gestantes portadoras de transtornos hipertensivos interpretam e atribuem sentidos às suas experiências, a partir da rede de símbolos e significados criada e recriada em interlocução contínua com suas

famílias, grupos sociais, com os profissionais de saúde que as assistem, além da televisão e da internet. Tais saberes são difundidos basicamente pela tradição oral e alimentam todo um conjunto de interpretações subjetivas.

Os significados culturais atribuídos à hipertensão, pelas gestantes, são marcados pelo medo da morte do bebê e da própria morte. As mulheres nem sempre se referem ao termo “risco”, mas observa-se que todas vivenciam essa condição quando revelam os sentimentos vividos, e interpretam o risco como a possibilidade de algo desagradável acontecer.

O medo da própria morte demonstra que as gestantes têm consciência que correm perigo e como o vivenciam, mesmo não se referindo a esse sentimento de forma direta, na maior parte das vezes. Sugerem que esse sentimento tem como base a construção cultural do papel materno, que está calcado na capacidade de o corpo feminino gerar e parir indivíduos saudáveis, atribuindo às mulheres responsabilidade por suas vidas e as de seus filhos, além de colocar em risco o status que a mulher-mãe tem, no nosso meio social.

A probabilidade de a hipertensão poder causar a morte do bebê por “cozimento” e o desejo que o nascimento ocorra o mais brevemente possível indicam que, no contexto cultural das gestantes, existem explicações diferentes daquelas da biomedicina para o problema, as quais devem ser conhecidas pelos profissionais, para que possa haver simetria no diálogo.

De forma geral, este sistema de significados encontra apoio nas noções de gênero, corpo, reprodução e modo de exercer o papel social materno. Tais constatações apontam para a necessidade de que os profissionais criem “espaços etnográficos” com as gestantes e suas famílias, onde se possam discutir suas experiências, tendo o diálogo como estratégia de cuidado, e também, de aproximação entre o sistema cultural das gestantes e o da biomedicina.

No modelo instituído em nossa sociedade, o profissional é quem sabe, enquanto ao “paciente” é atribuída profunda falta de conhecimento. Alguns profissionais não têm conhecimento sobre as concepções e as práticas dos doentes e familiares, realçando a falta de diálogo e a desconsideração do conhecimento e da experiência dos sujeitos.

A subjetividade contribui para a diversidade de percepções e significados revelados, tendo em vista que os aspectos individuais dessas mulheres são diferentes das percepções da obstetrícia. Assim, a experiência é uma das dimensões da doença que deve ser considerada,

pois é nela que está contida a singularidade e o significado que vai servir de base para o início de uma relação frutífera, tanto para o profissional de saúde, quanto para o usuário do sistema.

Desvelar os significados culturais atribuídos pelas mulheres durante a vivência da hipertensão gestacional pode fornecer subsídios aos serviços de saúde, de modo que os profissionais possam ir além do cuidado técnico, incluindo as referências socioculturais do contexto das gestantes hipertensas na assistência prestada, favorecendo assim uma experiência mais saudável a elas, e contribuindo para uma mudança na realidade da MM.

Os resultados apresentados trazem à tona indicadores da importância de se realizar estudos que explorem tal fenômeno, considerando os contextos culturais das gestantes que vivenciam os transtornos hipertensivos. Contudo, algumas limitações devem ser mencionadas. Dentre elas, a escassa publicação sobre o tema, no Brasil e no exterior, o que de certo modo limitou a discussão dos dados etnográficos com a literatura, assim como a interpretação dos significados culturais, que se circunscreveu a gestantes de um grande centro urbano do sul do país.

Esse artigo colabora para destacar a lacuna de conhecimento existente sobre os significados culturais atribuídos por essas mulheres ao processo saúde-doença. Além disso, a compreensão dos significados culturais da hipertensão gestacional tem potencial para contribuir à maior aproximação entre profissionais e gestantes e para permitir aos serviços o atendimento de expectativas e projetos das gestantes, considerando a complexidade da experiência e os inúmeros sentimentos que afloram ao viver a gestação com hipertensão. Esta compreensão permitirá aos profissionais prestarem assistência mais específica a essas mulheres, e também mais humanizada, indo ao encontro das atuais políticas de saúde, além de propiciar a ampliação do conceito de risco.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. A. Experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-71, jul/set. 1993.

BONET, O. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Boletim1/2012. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_mortalidade-materna-no-%20%20brasil.> Acesso em: 18 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília:MS, 2007.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível**: saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CITELI, M. T. A reprodução humana na pauta dos jornais brasileiros (1996-2000). In: OLIVEIRA, F. et al. (Org.). **Olhar sobre a mídia**. Belo Horizonte: Mazza, 2002. p. 184-213.

COSTA, G. M. C. **Deixar de ser mulher**: conhecimento e significado cultural da menopausa. 2007. 248p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

CUNHA E. F. C., et al. Aspectos socioemocionais de mães de bebês prematuros. **Psicologia em foco**. v.3, n.2. jan-jun.p.35-43, 2009.

CUNHA, S. P.; COSTA, F.S; DUARTE, G. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. In: Guariento, A; Mamed, J. A. V. (Org.). **Medicina materno-infantil**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 713-720.

DATASUS. Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 out. 2011.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Rev. Enferm Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, jan.-mar., p. 177-181, 2010.

DOUGLAS, M. **Risk and blame**: essays in cultural theory. Londres: Routledge, 1994.

DOURADO, V. G. **Gravidez de alto risco**: a vida e a morte entre os significados da gestação. 2005, 19 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2005.

DUARTE, L. F. D. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.3, n.2, p. 43-73, 1993.

FERRÃO, M. H. L.; PEREIRA, A. C. L.; GERSGORIN, H. C. T. S. et al. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.52, n.6, p.390-394, 2006.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. ed. 13 reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GELLER, S. E. et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. **Am J Obstet Gynecol.**, v.191, n.3, p.939-944, set. 2004.

GOMES, F. A. et al. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.40, n.1, p.50-56, mar. 2006.

GOMES, R. et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, p.62-67, jul. 2001.

GRAY, N.J. et al. Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. **Soc. Sci. Med.**, v.60, n.7, p.1467-78, 2005.

GUALDA, D. M. R. et al. O corpo e a saúde da mulher. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.spe2, p. 1320-1325. dez. 2009.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a30v43s2.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2012.

LANGDON, E. J. Cultura e os processos de saúde e doença. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, IV, 2003, Londrina. **Anais**, Londrina. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2003. p. 91-107.

_____. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Antropologia em primeira mão**. Florianópolis, n.12, p.1-25. 1996.

LEAL, M.V.P. Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez. **R B P S**, v.17, n. 1, p.21-26, 2004.

LEININGER, M. **Cultural care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER, M.; MC FARLAND, M. **Culture care and diversity**: a worldwide nursing theory. 2 ed. Boston (USA): Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LUPTON, D. **Risk**. Nova York: Routledge, 1999.

MARTINS, M. et al. A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação *stricto sensu* da enfermagem brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.4, p.802-808, 2012.

MARTINS, M. **A transição de saúde-doença vivenciada por gestantes hipertensas mediada pelo cuidado educativo de enfermagem**. 2001, 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

MENÉNDEZ, E. L. Estilos de vida, risco e construção social In: MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saber e estrutura: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec. 2009, p.71-138.

_____. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 185-206, 2003.

MOREIRA, R. C. R. **Compreendendo a mulher com doença hipertensiva específica da gestação: uma abordagem fenomenológica**. 2005. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2005.

NETO, C. N.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev. Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.32, n.9, p.459-468, set. 2010.

ODENT, M. **Cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, C. A; LINS C.P; SÁ R.A.M.; et.al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6, n.1, p. 93-98. jan./mar., 2006.

PICCININI, A. C. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 20 n. 3, p. 223-232, Set-Dez 2004.

SANTOS, C. **A história de vida de gestantes de alto risco na perspectiva da teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger**. 2003. 157f. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

SARMENTO, R; SETUBAL, M.S.V. Abordagem psicológica em obstetria: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciênc. Med.**, Campinas, v.12, n.3, p.261-168, jul./set. 2003.

SHATZMAN, L.; STRAUSS, A. L. **Field research**: strategies for a natural sociology. New Jersey: Privity-Hall, 1973.

SOUZA, J. P. et al. Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.255-264, fev. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200003>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

SOUZA, J. P. et al. An emerging “maternal near miss syndrome” narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. **Birth**, Malden, v.36, n.2, p.149-157, jun. 2009.

TAUSSING, M. **The nervous system**. New York: Routledge, 1992.

VACHOD, L. **Ambivalência e medos**: um estudo das representações das gestantes hipertensas. 1996. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação e Pesquisa em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality**: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank 1990 to 2008. Geneva, 2010.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.140-166, Janeiro, 2001.

4.2 ARTIGO 2 - GESTANTES HIPERTENSAS: EXPERIÊNCIAS, SUBJETIVIDADES E FORMAS DE ATENÇÃO E AUTOATENÇÃO À SAÚDE

GESTANTES HIPERTENSAS: EXPERIÊNCIAS, SUBJETIVIDADES E FORMAS DE ATENÇÃO E AUTOATENÇÃO À SAÚDE¹

Marialda Martins²

Marisa Monticelli³

Eliana Diehl⁴

RESUMO: Estudo etnográfico realizado entre outubro de 2010 e dezembro de 2011, com o objetivo de identificar as formas de atenção e autoatenção à saúde utilizadas por gestantes durante a vivência de transtornos hipertensivos, e compreender como se articulam as diferentes formas de atenção à saúde. As informantes-chave foram 22 gestantes diagnosticadas com hipertensão, e profissionais e estudantes de medicina e enfermagem. Os cenários do estudo foram um hospital-escola do Sul do Brasil, considerado referência para o atendimento de gestantes de risco e os domicílios das gestantes. As informações foram coletadas por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas, analisadas seguindo os princípios da Etnoenfermagem. Os resultados mostraram que as gestantes têm valores e práticas que são aplicados aos processos de saúde/enfermidade/atenção. Utilizam intencionalmente diferentes formas e saberes para “tratar” seus males, transitando entre distintas abordagens de atenção à saúde. Elas não costumam revelar a utilização de formas de autoatenção, temendo julgamento por parte dos profissionais, que estabelecem uma relação superficial, negando suas

¹ Artigo decorrente da tese de doutorado intitulada “Gestantes hipertensas: significados culturais, formas de atenção à saúde e relações com a biomedicina”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em 14 de dezembro de 2012.

² Doutoranda do PEN/UFSC. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Paraná, Brasil. E-mail: marialda@ufpr.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente credenciada do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

⁴ Doutora em Saúde Pública. Professora Associado do Departamento de Ciências Farmacêuticas e do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: elianadiehl@hotmail.com.br

expressões culturais.

DESCRIPTORES: Hipertensão gestacional. Cultura. Terapêutica. Serviços de saúde materna.

HYPERTENSIVE PREGNANT WOMEN: EXPERIENCE, SUBJECTIVITY AND WAYS OF ATTENTION AND SELF ATTENTION IN HEALTH

ABSTRACT: Ethnographic research conducted between october 2010 and december 2011, that tried to identify the ways of health attention and self health attention used by pregnant women while living gestational hypertension and understand how they articulate the different forms of health care. The key informers were 22 pregnant women diagnosed with hypertension and medicine and nursing professionals and students. The scenery for the research was a school-hospital in the south of Brazil, considered as a reference in pregnancy at risk and the houses of pregnant women. The information was collected by the participant observation and semi structured interviews methods, analyzed by the etnonursing statements. The results showed that the pregnant women have practices and values applied to health/sickness/attention. They intentionally use different ways and knowledge to “treat” their illness, traveling trough different approaches of health attention. They don’t use to reveal the self attention methods, fearing the judgment of the professionals that create a superficial relation, denying their cultural expression.

DESCRIPTORS: Hypertension pregnancy-induced. Culture. Therapeutics. Maternal health services.

GESTANTES HIPERTENSAS: EXPERIÊNCIAS, SUBJETIVIDADES Y FORMAS DE ATENCIÓN Y AUTOATENCIÓN EN SALUD

RESUMEN: Estudio etnográfico hecho entre octubre de 2010 e diciembre de 2011, que buscó identificar las formas de atención y autoatención en salud usadas por gestantes durante la vivencia de hipertensión gestacional y entender cómo se articulan las diferentes modalidades de atención en salud. Los principales informantes fueron 22 gestantes diagnosticadas con hipertensión y profesionales y alumnos de medicina y enfermería. Los escenarios fueron un hospital-escuela en el sur de Brasil, considerado referencia en atención a gestantes de riesgo y las casas de las gestantes. La información fue colectada a traves de la

observación participante y entrevistas semi estructuradas analizadas por los principios de la etno enfermería. Los resultados muestran que las gestantes tienen valores y prácticas que son aplicadas a los procesos de salud/ enfermedad/atención. Emplean intencionalmente diferentes formas y saberes para “tratar” sus males, transitando entre distintos abordajes de atención a la salud. Ellas no suelen revelar el uso de métodos de auto atención por miedo de un juicio de los profesionales que construyen una relación superficial, negando su expresión cultural.

DESCRIPTORES: Hipertensión inducida en el embarazo. Cultura. Terapéutica. Servicios de salud materna.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um grave problema de saúde pública mundial, cujo enfrentamento tem-se dado, usando-se diferentes estratégias. Nos últimos anos, muito foi feito no Brasil, no sentido de assistir à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, sendo implementadas inúmeras políticas governamentais voltadas à atenção à saúde desta parcela da população. Contudo, a assistência à saúde da mulher não atingiu um nível qualitativo capaz de garantir a vivência da gestação e do parto livres de riscos.

Inúmeras mulheres vêm sendo vítimas da Mortalidade Materna (MM), não apenas no Brasil, mas também em boa parte do mundo. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2012 foram notificados no Brasil 40.625 óbitos em mulheres em idade fértil, e dados preliminares informam que em 2010 a razão de MM foi de 68 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2012). Este coeficiente é considerado alto, uma vez que a Organização Mundial da Saúde preconiza como aceitável o máximo de 10 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (WHO, 2010).

De forma ampla, o sistema de saúde oficial considera a gestação como um fenômeno fisiológico e, de acordo com o Ministério de Saúde brasileiro, uma parcela das gestantes está sujeita a intercorrências, tornando sua evolução desfavorável. Essas gestações são usualmente denominadas, na linguagem profissional, como “gestações de risco” e envolvem, portanto, “gestantes de risco”, que são aquelas que “por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto, como para a mãe” (BRASIL, 2000, p.11).

Essa parcela está, assim, sujeita a variadas patologias, no decorrer

do processo gravídico, dentre elas, a probabilidade de ocorrência de transtornos hipertensivos. Estes são responsáveis por quase um quarto das mortes maternas no Brasil, o que, segundo os apoiadores do discurso médico oficial, indica problemas na qualidade da assistência ou, como avalia Martins (2000, p.36), na “falta de pré-natal”. Portanto, a gravidade da situação se localiza, sob o olhar da biomedicina, na ausência de atenção profissional qualificada e também na não aderência das gestantes aos preceitos dos serviços organizados do sistema oficial de saúde.

Essa é uma arena ainda frágil, confusa e pouco palpável do ponto de vista das repercussões para a saúde da mulher que apresenta hipertensão comprovada durante a gravidez, uma vez que a tarefa profissional engloba atividades interacionais que nem sempre são compreendidas como espaços dialógicos e de aproximação genuína entre as diversas formas de atenção em saúde que a mulher gestante busca na convivência com os grupos de apoio, como o profissional (biomédico), o popular (outros especialistas), o familiar, e aquele centrado em práticas de autoajuda, dentre outros (MENÉNDEZ, 2003).

Neste sentido, é relevante pensar em uma aproximação entre os profissionais e o contexto sociocultural de onde provêm as mulheres gestantes, pois, de outra forma, como compreender quais os saberes e práticas que se encontram subjacentes à vivência desse transtorno pelas gestantes e seus familiares? Como interpretar os significados que essas mulheres atribuem às suas situações de saúde, enquanto vivenciam o processo gestacional? Como interpretar se os significados de “risco” para essas gestantes são equivalentes ou não às classificações e lógicas profissionais? Como alcançar benefícios do ponto de vista do manejo e recomendações relacionadas à hipertensão gestacional, visando a prevenir a MM, se o sistema profissional não aceita e compreende que as gestantes transitam por diferentes formas de atenção em saúde e que se beneficiam das mesmas para operacionalizarem modos próprios de experienciarem a doença?

Concordamos que a utilização de diferentes formas de atenção à saúde (MENÉNDEZ, 2003), pela gestante, é um aspecto componente da cultura dessas mulheres, entendendo cultura de modo diferente das concepções vigentes no modelo biomédico, que a trata como sendo composta por crenças, normas e práticas estanques. Em nossa percepção, cultura é mais bem definida como um sistema de símbolos que é construído, reconstruído, apreendido e partilhado na interação entre os atores sociais, fornecendo, ininterruptamente, modelos “de” e “para” a realidade (GEERTZ, 2008). Esta abordagem indica que os

comportamentos de cuidado são socialmente aprendidos e que o processo saúde-doença é sociocultural, em que cada sujeito e grupos sociais têm conhecimentos (saberes) sobre este processo, utilizando diferentes formas de atenção. Esta perspectiva deveria ser reconhecida pelos profissionais de saúde, porém, em sua maioria, os profissionais sequer percebem tal dimensão, em vista da focalização no único modelo que “faz sentido” no desempenho clínico, que é o modelo estrito da biomedicina.

Entendemos ser primordial que os profissionais de saúde que assistem essas gestantes realizem cuidados que sejam compatíveis com a sua situação de vulnerabilidade, não apenas do ponto de vista clínico, mas também sob o prisma social e simbólico. Para tanto, primeiramente, devem compreender que a mudança de uma situação que se espera “saúdável” (a gravidez como uma etapa do desenvolvimento humano), para outra, de “doença”, envolve inúmeras nuances, que podem e devem ser buscadas e expressadas por quem as vivencia, ou seja, a própria mulher que gesta, durante o encontro profissional-usuária.

Acreditamos que o desvendamento dessa faceta da realidade poderá auxiliar na compreensão da perspectiva nativa, *emic* (YOUNG, 1976), “subjativa” desses sujeitos, e então, gerar outros saberes que poderão auxiliar as instituições, os programas oficiais e as equipes profissionais a alargarem o escopo de conhecimentos e práticas voltados à atenção em saúde dessa parcela da população usuária das instituições de saúde.

Esta pesquisa visou identificar as formas de atenção e autoatenção à saúde utilizadas por gestantes durante a vivência de transtornos hipertensivos e compreender como se articulam as diferentes formas de atenção à saúde, com o intuito de mergulhar na rede de símbolos e significados que movimentam, motivam e norteiam essas mulheres frente à sua situação de gestante de risco.

ATENÇÃO E AUTOATENÇÃO À SAÚDE

Para o antropólogo argentino Eduardo Menéndez (2003), nas sociedades latino-americanas existem várias formas de atenção às enfermidades, sendo citadas por ele as formas do tipo biomédica, popular e tradicional, formas alternativas, paralelas ou *new age*, as advindas de outras tradições médicas, e aquelas centradas na autoajuda. Ainda, para o autor, essas diferentes formas de atenção são articuladas pelos sujeitos e grupos sociais, originando o que ele denomina de autoatenção à saúde, que trata de atividades relacionadas ao cuidado de

saúde, definidas como representações e práticas que os indivíduos ou as coletividades utilizam quando buscam prevenir, melhorar ou curar problemas que atingem seu estado de saúde.

Menéndez (2003) enfatiza que, no campo da práxis, a busca por saídas implica diferentes formas de autoatenção, não havendo intervenção direta de especialistas. São formas de os próprios indivíduos e sua rede de interação social resolver os problemas da realidade trazida pela doença, utilizando-se de técnicas e conhecimentos próprios (adquiridos ou não da biomedicina), mas também fundidos com outros tipos de conhecimentos dos indivíduos envolvidos (como as experiências vividas, o período de vivência com a doença, as histórias passadas), resultando em práticas que fazem sentido para as pessoas ou grupos sociais. O uso das diferentes formas de autoatenção surge do pluralismo de formas de atenção disponíveis e envolve a apropriação e ressignificação de partes de outros modelos de atenção pelos sujeitos ou grupos sociais que articulam, misturam, justapõem, reconstituem e organizam parte dessas formas de atenção em atividades de autoatenção (MENÉNDEZ, 2003).

Ao ser entrevistada por Becker et al. (2009), Langdon afirma que o conceito de autoatenção refere-se, sobretudo, às estratégias, científicas e não científicas, de representação de doença e práticas de cura e cuidados, abrangendo as práticas realizadas pelas pessoas de forma consciente, visando a prevenir ou curar suas doenças. Portanto, a práxis está centrada no ator e a autoatenção é a primeira forma de atenção no âmbito da família ou do grupo social. A autoatenção é marcada pela intencionalidade e deve ser entendida na perspectiva do doente e seu grupo, ou seja, não são as práticas e concepções que definem o que é a autoatenção, mas sim os atores envolvidos.

Para Menéndez (2003), a oposição entre as diferentes formas está mais explícita entre os representantes das diferentes formas de atenção do que na própria população, pois se for considerada a perspectiva dos sujeitos que sofrem diretamente com os eventos de adoecimento, a busca de saídas por meio das diferentes formas de atenção não implica, necessariamente, excluir ou privilegiar uma única forma de atenção, o que resulta na coexistência de pluralismos médicos e gera uma inter-relação entre as diferentes formas de cuidado ou autoatenção e a biomedicina. A essa inter-relação o autor denomina **“processo transacional”**.

Em entrevista à Becker et al. (2009), Langdon propõe que a utilização o conceito de autoatenção, por profissionais da biomedicina, permite uma análise mais abrangente do processo saúde-doença,

reconhecendo a ligação entre seus aspectos sociais, culturais e históricos, além de destacar a autonomia dos sujeitos sobre suas próprias vidas, percebendo e agindo segundo sua experiência.

Menéndez (2003) afirma ainda que a biomedicina exclui a palavra do sujeito e, assim procedendo, ao invés de reforçar laços, pode tornar-se impositiva e “dura” demais, e essa postura pode levá-lo à busca de outras formas de atenção, como as medicinas alternativas, ou ainda, segundo Bonet (2004), as “medicinas românticas”, que configuram os saberes tradicionais e não científicos sob o ponto de vista do saber biomédico. O autor brasileiro Bonet (2004) apresenta seu argumento de forma similar a Menéndez, quando afirma que toda sociedade apresenta modos de explicar e controlar seu processo de saúde-doença de forma mutável, de acordo com as transformações sociais.

Ao aprofundar ainda mais o assunto, Menéndez (2003) refere que a busca por formas alternativas de atenção se deve ao fato de a biomedicina não favorecer o relacionamento médico-doente, excluindo as explicações/experiências do mesmo. Bonet (2004) também argumenta que a biomedicina não deixa espaço para outras explicações que vão além da linguagem física.

Menéndez (2003) enfatiza que, no percurso do doente, são articuladas diferentes formas e sistemas de atenção, com o objetivo de encontrar uma solução para o problema, sendo que o conjunto das ações supõe a existência de um saber sobre o processo saúde-doença-atenção. Neste sentido, Boehs (2001) também chama a atenção que é necessário compreender que os diferentes setores têm linguagem própria e estão interligados, sendo que, ao transitar de um setor para outro, as pessoas necessitam conhecer diferentes linguagens e símbolos.

Ao considerar, portanto, as ideias dos autores supracitados, é possível inferir que as racionalidades que as gestantes hipertensas utilizam podem ser diferentes das explicações biomédicas. No confronto diário da grande diversidade e variedade dos saberes profissional e informal no modelo de assistência à saúde oficial instituído na nossa realidade, acredita-se que o profissional é quem sabe, enquanto ao doente é atribuída falta de conhecimento. Os profissionais atuantes sob a égide do modelo biomédico praticamente não têm conhecimento sobre as concepções e as práticas dos doentes e familiares, o diálogo é quase inexistente, e se destaca a profunda desconsideração do conhecimento e da experiência dos sujeitos (BONET, 2004; MONTICELLI, ELSÉN, 2004).

Em face destas colocações, “[...] a questão é como situamos nossa

análise das representações culturais da *illness*, codificada nas tradições terapêuticas populares ou no entendimento e prática individuais, quando comparadas às verdades apregoadas pela biomedicina” (GOOD, 1997, p.28, tradução nossa).

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo etnográfico no ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) e na Enfermaria de Internação Clínica (EIC) da maternidade de um hospital-escola, localizado no Sul do Brasil, e também no domicílio das gestantes hipertensas, no período de outubro de 2010 a dezembro de 2011, perfazendo um total de 187 dias de observação em campo. O PNAR funciona de segunda a sexta-feira, atendendo gestantes encaminhadas das unidades básicas de saúde da cidade sede do hospital e da região metropolitana. A EIC recebe gestantes que necessitam de internamento para acompanhamento clínico e fica localizada no segundo andar da maternidade.

A escolha dos informantes seguiu os princípios de estudos etnográficos. Não foi estabelecido, *a priori*, qualquer número mínimo ou máximo de participantes, uma vez que o critério não é numérico. As informantes-chave foram 22 gestantes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir diagnóstico de transtorno hipertensivo e estar realizando pré-natal no ambulatório de PNAR, ou estar internada na EIC, durante o período do trabalho de campo (coleta de informações), independente da idade gestacional. Além disso, foi requerido ter mais de 18 anos.

Como informantes gerais foram escolhidas as pessoas que interagiram com as gestantes durante a coleta de informações, mas não se envolveram consistentemente no processo de observação participante ou em entrevistas. Compuseram este grupo três professores de medicina, seis médicos residentes, sete estudantes de medicina e sete profissionais de enfermagem que tiveram uma interação mais significativa com as gestantes, além de alguns familiares e visitantes.

Para a coleta das informações foi utilizada como técnica principal a observação participante, conforme modelo denominado de Observação-Participação-Reflexão, proposto por Leininger (1991), e entrevistas semiestruturadas, como técnica complementar. A observação participante foi realizada na EIC onde foram observados o comportamento, falas, gestos e atitudes das gestantes e o seu relacionamento com outras gestante internadas e com os profissionais de enfermagem e medicina. No PNAR, a observação ocorreu durante a

realização das consultas com o consentimento de gestantes, profissionais e estudantes envolvidos. Também observaram-se as gestantes na sala de espera, enquanto aguardavam o atendimento.

As entrevistas com as gestantes foram realizadas quando foi necessário complementar ou aprofundar as informações relevantes relacionadas aos objetivos do estudo, tendo sido agendadas conforme a disponibilidade das informantes. Ocorreram preferencialmente no domicílio das gestantes, os quais se localizavam em bairros da periferia ou na região metropolitana do município onde se localizava o hospital. Nos domicílios demos atenção ao seu comportamento, relacionamento familiar e ao modo de vida. Nos casos em que não foi possível ir ao domicílio, as conversas foram agendadas em horário combinado com as informantes e aconteceram na EIC. Com a concordância das gestantes, todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

As informações foram registradas e organizadas em diário de campo, adotando o modelo de Shatzman e Strauss (1973). O processo analítico teve início com a descrição de dados brutos, seguindo-se da identificação de descritores e componentes, quando se buscaram indicadores de semelhanças e divergências entre os dados. Em seguida foi realizada a análise contextual e de padrões recorrentes e, por fim, a identificação de temas relevantes e formulações teóricas (LEININGER; Mc FARLAND, 2006).

A análise teve início com o registro das observações e com a realização das entrevistas, registrando-se informações pertinentes aos objetivos do estudo. Após a digitação do material, foram feitas inúmeras leituras das informações buscando semelhanças e diferenças, frases e expressões comuns que pudessem ser identificadas como descritores. Na sequência, identificaram-se padrões, ou seja, unidades mais densas de análise que pudessem contribuir para a elaboração de temas, os quais foram definidos no momento seguinte.

O estudo foi desenvolvido de acordo com os preceitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital escolhido como campo de pesquisa, sob número 2.355.249/2010-10. Os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a sua identificação neste artigo será feita com nomes fictícios. As falas serão literais e identificadas na ordem: nome, número de semanas de gravidez e local da entrevista, assim como os extratos do diário de campo, os quais serão identificados por local e data.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As gestantes hipertensas se encontravam entre 20 e 45 anos de idade. O número de gestações esteve entre uma e seis, com idade gestacional oscilando entre 24 e 38 semanas. A atividade predominante foi a do lar. A escolaridade média informada foi ensino médio completo e a renda média familiar foi de três salários mínimos. Quanto ao estado civil, 14 informaram ser casadas, seis viviam em união estável, uma era divorciada e uma solteira. Em relação à religião, sete eram evangélicas e as demais se diziam católicas.

Entre os profissionais de saúde que atuaram como informantes gerais se encontravam médicos-professores atuantes nesta área há mais de vinte anos, residentes de medicina que cursavam o primeiro e o segundo ano, além de estudantes de enfermagem e medicina. Dentre os profissionais de enfermagem, uma era enfermeira especialista, e outra, mestre, três eram técnicas e duas auxiliares de enfermagem, e todas exerciam suas atividades nos setores há mais de cinco anos.

A análise das informações obtidas, com base no referencial teórico adotado, permitiu identificar os seguintes temas: práticas de autoatenção decorrentes da relação com a biomedicina; e outras atividades de autoatenção: popular, e articuladas a partir de outros curadores especializados.

Práticas de autoatenção decorrentes da relação com a biomedicina

As gestantes hipertensas transitavam, durante toda a gestação, num contexto onde coexistiam diferentes saberes e diferentes formas de atenção, ou “pluralismo médico”, conforme Menéndez (2003). As gestantes foram inicialmente atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) e, posteriormente, encaminhadas para o serviço de pré-natal de alto risco, no ambulatório de um grande hospital geral. Este procedimento ocorreu no momento em que o primeiro nível de atendimento deixou de ser eficaz, quando elas foram caracterizadas pela equipe de saúde como “gestantes de risco” (de acordo com o Ministério da Saúde brasileiro, são as que têm maior probabilidade de evoluir de forma desfavorável, em função do diagnóstico da hipertensão).

“Ele [se referindo ao médico da UBS], pelo fato de eu já ter perdido os neném antigamente, pelo fato do meu histórico antes, ele já me mandou aqui para o hospital” (Rafaela, 24 semanas, EIC).

“Faço pré-natal, mas comecei lá no CIC [referindo-se à UBS]. Na verdade eu faço lá e

aqui, né. Comecei no dia que fui no posto pegar o resultado de exame, pois minha pressão já tava alta. Daí a enfermeira já me encaminhou, porque eu já tinha um histórico de pressão alta na gravidez da minha outra filha. Como eu falei pra ela, ela achou que eu ia ser de risco e já me mandou pra cá [referindo-se ao PNAR]” (Maria, 38 semanas, EIC).

Aparentemente, pareceu que essas mulheres confiavam, aceitavam e seguiam as recomendações feitas pelos profissionais da biomedicina, praticando o uso articulado de diferentes saberes e formas de atenção, sendo este o ponto de partida para estabelecerem associações com outras formas de autoatenção.

“Eu tomo a metildopa. Antes eu tomava hidroclortiazide, nifedipina e captopril. Tomava seis por dia do captopril. De manhã e de noite... e controlava!” (Vitória, 36 semanas, EIC).

“É, daí o chá eu dei uma cortada por causa do remédio que a minha pressão tava boa [...] to tomando metildopa, né. Eles mudam a dose toda vez que eu venho. Tava tomando de oito em oito, dois comprimidos, e só isso” (Ângela, 24 semanas, EIC).

“Fui no médico, agora já tá controlada, to tomando os remédios” (Ana, 39 semanas, consulta PNAR).

Observou-se que as práticas de autoatenção relacionadas à hipertensão gestacional eram bastante influenciadas pelos profissionais. Todas as gestantes com as quais interagimos faziam uso da medicação prescrita pelos médicos obstetras, uma vez que o uso de medicamentos é a terapia predominantemente oferecida. Porém, devemos considerar que o contexto sociocultural dessas mulheres influencia na forma como elas entendem, interpretam e negociam o que está sendo recomendado. Algumas vezes elas usavam medicação sem recomendação de um profissional especializado, como revelou o diálogo a seguir:

*- Você toma algum remédio para o enjoo?
(Médico)*

- *Chupo pastilha* (Ju, 35 semanas, PNAR).

- *Qual pastilha? Pode me mostrar?* (Médico) [Ju tira a caixa do medicamento da bolsa e mostra ao médico]. *Ok, você pode usar este remédio para o enjoo, mas não mais que três vezes por dia* (Médico).

As gestantes utilizavam a medicação da forma que fazia sentido para elas; usavam medicamentos conhecidos ou já utilizados por alguém de seu grupo social. No caso da automedicação, que é uma forma de autoatenção, o diálogo acima revela a negociação que ocorreu entre uma gestante e o médico durante a consulta de pré-natal, quando o profissional reinterpreto de acordo com seu modelo cultural e recomendou a posologia que deveria ser usada. Cabe ressaltar que Menéndez (2003), ao se referir à automedicação, está tratando não só do uso de medicamentos alopáticos, mas também do uso de substâncias como infusões, chás, unguentos, massagens ou outras, de forma autônoma e intencional.

Durante uma consulta de pré-natal ouvimos o médico pré-natalista recomendar a uma das gestantes que realizasse controle pressórico de dois em dois dias. Logo depois, ao conversarmos com ela, revelou que faria a curva pressórica duas vezes por semana. Ao perguntarmos o motivo para tal decisão (já que era diferente da indicação profissional), explicou que tinha dificuldades de ser atendida de forma rápida na UBS e que precisaria enfrentar fila para realizar o procedimento, o que resultaria em atraso para sua ida ao trabalho. Também foi logo dizendo que nas farmácias, nem sempre conseguia que o procedimento fosse realizado e, muitas vezes, necessitava pagar por ele. Tal excerto é demonstrativo de que as gestantes interpretam, reagem e adaptam a recomendação médica às suas realidades.

Algumas práticas reconhecidas e aceitas pelos profissionais são largamente utilizadas pelas gestantes, como por exemplo, o uso do esfigmomanômetro para controle dos níveis tensionais, no domicílio.

*“Eu tava até pensando em comprar o **aparelho**”* (Ju, 35 semanas, PNAR).

*“[...] agora vou comprar o **aparelho**. Ela [se referindo a uma vizinha enfermeira] disse que podia sim. Ela já tinha dito que eu devia comprar”* (Vitória, 36 semanas, EIC).

O uso do esfigmomanômetro pelas gestantes é revelador da reapropriação das práticas médicas. As gestantes, em seus relatos, deixavam claro que aprenderam sobre o uso do aparelho com profissionais ou com pessoas do seu grupo social que já o utilizavam para o controle pressórico no domicílio. Joaquina, por exemplo, disse que de tanto ouvir dos profissionais que era importante fazer controle da pressão arterial, ficou muito preocupada e decidiu fazer, ela mesma, em casa.

“É por isso que eu peguei o aparelho [referindo-se ao esfigmomanômetro] da minha vó pra mim. Eu quis controlar, porque quando eu fui no médico, expliquei o que tinha acontecido [referindo-se aos problemas causados pela hipertensão, na gestação anterior]. Ele falou que tinha grande possibilidade de acontecer novamente” (Joaquina, 36 semanas, EIC).

Interpretar como elas se cuidam é perceber que essas mulheres se enredam num processo que é construído no seu grupo social. É assim, alinhavando uma prática com outra, um conhecimento com outro, que acabam por definir o uso de terapêuticas que fazem sentido no seu contexto cultural. Conforme Jordan (1997) e Sargent e Bascope (1997), são práticas e representações ‘que contam’, pois têm *status* dentro do grupo.

Joana relatou que verificava sua pressão de madrugada, quando tinha insônia, e que depois disso utilizava um chá para acalmar-se, pois isso diminuía a pressão e permitia que ela dormisse melhor:

“[...] melhorava. Eu via antes e depois [referindo-se à verificação dos níveis de pressão, antes e após a ingestão do chá], de madrugada. Porque ela dava picos, minha pressão, e para eu não sair desesperada, correndo pro médico, eu tentava de tudo em casa primeiro” (Joana, 31 semanas, EIC).

As gestantes tomam decisões sobre como fazer e o que fazer, com base nas suas subjetividades, porque sentem a sua doença de forma diferente do profissional; naquilo que faz sentido para elas.

“[...] na época que tive as dores de cabeça, comecei a tomar alguns chás, como capim limão, porque é bom pra pressão e sinto que tira a

ansiedade. É ótimo” (Priscila, 38 semanas, domicílio).

“Quando o médico mandou diminuir o sal eu cortei as besteiras, assim, salgadinho, catchup, refrigerante. Nem tirei muito o sal da comida, só um pouquinho [...]” (Priscila, 38 semanas, domicílio).

Joaquina relatou que fazia uso de água com sal e arruda para banhar as pernas, pois isso melhorava o desconforto referente ao edema e facilitava a movimentação das articulações das pernas e dos pés.

Outra terapia frequentemente recomendada pelos profissionais e reapropriada pelas gestantes referia-se à dieta alimentar com restrição de sal, pois pôde-se perceber que as decisões sobre a dieta alimentar, após terem recebido recomendações profissionais para diminuir a ingestão de sal, faz parte do processo de autoatenção. As gestantes interpretavam de formas diferentes esta recomendação. Algumas retiravam totalmente o sal, enquanto outras apenas reduziam a quantidade, durante o preparo dos alimentos.

“[...] porque a minha comida era só feita com água e cebola, só, não tinha nada de sal” (Sofia, 38semanas, domicílio).

“Salada pra mim tem que ser bem azeda, gosto com bastante vinagre, mas agora eu maneírei, achei que eu não ia conseguir sabe? [...] e eu nunca gostei da comida sem sal. Não vou dizê que eu tirei totalmente o sal, mas eu diminuí muito” (Ana, 39 semanas, PNAR).

“Não é fácil, é ruim. A comida sem sal fica sem gosto” (Vera, 27 semanas, EIC).

Apesar de os profissionais não realizarem uma orientação de forma detalhada, limitando-se a recomendar que diminuíssem o sal da comida, esta prática era amplamente aceita e seguida por todas as gestantes hipertensas, mesmo que adaptada de forma bem particular por cada uma delas.

Dentro do seu contexto sociocultural, além de substituírem o sal por temperos como alho, cebola ou vinagre, atribuíam a certos alimentos

o poder de controlar a hipertensão, sendo muito comum citarem a alface e o chuchu nesta categoria.

“Como alface também. Sem nada, nada, nada de sal. A alface é calmante, abaixa a pressão. Como e ponho a folha no chimarrão. Ainda cortei pão, café, refrigerante. Eu tive de cortar o café. Um dia tomei café e a pressão que tava boa foi pra dezenove, daí parei e tomava suco [...]” (Vitória, 36 semanas EIC).

“[...] e agora esses dias que a minha pressão não tava mais controlando com o remédio, então ela [se referindo à mãe] fez eu comprar o melão, tudo que controla a pressão: chuchu, limão [...] é limão com açúcar e sem açúcar também” (Joana, 31 semanas, EIC).

O suco de limão também era muito utilizado, pois algumas gestantes afirmavam que ele tinha o poder de “*afinar o sangue*” e baixar os níveis pressóricos, sendo esta prática transmitida e retransmitida entre as pessoas do grupo social.

“Tomava muito suco. Suco de limão, assim, bem geladinho. É bom pro sangue, que afina. Tomava antes do almoço, depois do almoço, antes da janta, depois da janta, o dia inteiro [...] espremido e coado com água. Aí baixava” (Vitória, 36 semanas, EIC).

“Teve uma pessoa da família, amigo, que foi lá em casa me visitar e falou isso: ‘oh! água com limão diz que é bom, né, que acalma, não sei o que [...]’” (Vera, 27 semanas, EIC).

“[...] limão com couve. Tomei uns dois meses. Bate no liquidificador com limão, depois só coa, duas folhas de couve e um limão e água” (Priscila, 38 semanas, domicílio).

Joana também relatou que ingeria pepino em grande quantidade, principalmente quando se sentia mal. Ela conferia o poder de melhora nos sintomas provocados pela hipertensão, à parte branca, próxima da

casca. Tal representação também era atribuída à melancia, por exemplo:

“[...] tem aquela parte branquinha, no pepino e na melancia, aquela partezinha no fim, então diz que aquilo lá que concentra as vitamina que controla; é que nem o pepino, o pepino ele é todo branquinho assim, né? O mais próximo da casca que é o que controla a pressão” (Joana, 31 semanas, EIC).

“[...] eu como também melancia; é barato e tá na época. Só que faz xixi de monte, mas não é bom para diabetes, então quem tem, tem que cuidar, e eu tenho que cuidar porque sempre fui gordinha e posso pegar diabetes a qualquer hora; então como, mas não como muito” (Vitória, 36 semanas, EIC).

Percebemos que as gestantes eram bastante influenciadas pelas indicações dos profissionais da biomedicina, a quem valorizavam e faziam questão de referir, em todos os depoimentos, mas, mesmo assim, não separavam as questões de saúde do seu contexto específico. A opção por diferentes alimentos implicava a escolha, relativamente autônoma, da terapêutica recomendada, que se dava com base nas condições das mulheres e seus grupos de convivência. Os alimentos utilizados como terapêuticos tinham significados diferenciados, o que dificultava a separação das noções e práticas de saúde dos demais aspectos da cultura, conforme reconhece Menéndez (2003). Essas mulheres se reapropriavam das orientações recebidas dos profissionais e as rearticulavam com outros conhecimentos e práticas, como a popular (plantas medicinais), e a busca por outros especialistas, como os pastores evangélicos, já que as gestantes em questão residiam em contextos metropolitanos onde esta opção religiosa é bastante praticada.

Vitória relatou que fazia uso de chás, mas que tinha algumas dúvidas sobre seus efeitos. Então, a pesquisadora, no calor da conversa, recomendou que perguntasse ao médico, ao que Vitória retrucou de imediato: *“talvez eles ia ficar brabo, talvez sim, talvez não, na dúvida é melhor fica quieta”* (36 semanas de gestação, internada na EIC).

Quando Maria referiu o uso de chás para baixar a pressão, foi perguntado a ela se havia conversado com algum profissional sobre os efeitos desse uso, e ela respondeu, consternada:

“não, porque, sei lá porque. Acho que médico não

liga muito isso, né? Eles são mais dos remédio artificial. Iam dizer que isso é coisa de velha. Já ouvi isso, né, então você vai comentar pra quê, né? Nunca me fez mal” (Maria, 38 semanas, EIC).

Os depoimentos acima mostraram que essas outras formas de autoatenção não eram apresentadas pelas gestantes durante as consultas, ou nas visitas médicas, e também não eram abordadas pelos profissionais da biomedicina, seja nas consultas e/ou na unidade de internação.

Outras atividades de autoatenção: popular, e articuladas a partir de outros curadores especializados

A integração entre as diferentes formas de atenção se deu como resultado da ação das gestantes e de seu grupo social. De acordo com Menéndez (2003), esta articulação ocorre sempre em decorrência da iniciativa do sujeito, superando incompatibilidades, e tendo como objetivo a resolução de seus problemas. Ainda, segundo esse autor, todas essas modalidades estão em constante interação, num processo de troca, de “transação” (MENÉNDEZ, 2003, p.189).

Entre as diferentes formas de autoatenção, que não as reapropriadas da biomedicina e relatadas no campo, pelas gestantes hipertensas, destacou-se o uso de ervas medicinais, sob diferentes formas, especialmente os chás que têm efeito diurético ou sedativo.

“Ah! Chá diurético, esses que a gente compra nessa casa de ervas. Eu fazia o chá bem geladinho e tomava né? Fazia xixi” (Maria, 38 semanas, EIC).

“Chá, assim, só de camomila e erva doce, e chá preto para enxaqueca, só... ah! Ela [a mãe] faz assim, eu tava tomando chá de camomila e chá de hortelã” (Joana, 31 semanas, EIC).

“Desincha quando tomo chá. Chá de folha de xuxu. É só pôr a folha para cozinhar, coar, e toma a água. É bom para abaixar a pressão. É diurético [...] sempre tomei, as vizinhas falam assim. As mais velhas já tomavam [...]. Como alface também” (Vitória, 36 semanas, EIC).

“Eu não lembro direito o nome. Porangaba. É.

Esse era diurético e tinha mais um outro também, que fazia fazer bastante xixi. Esse eu não lembro mesmo” (Maria, 38 semanas, EIC).

As ervas medicinais, algumas vezes, são adotadas pela ciência biomédica, mas segundo Menéndez (2003), apenas como uma forma de saber “marginal”. Classificadas como autoatenção advinda de outras tradições médicas, também é considerada como “automedicação”, uma forma de autoatenção, quase sempre combatida pelos profissionais do sistema oficial de saúde. O uso autônomo das ervas medicinais, da forma como era feito pelas gestantes hipertensas, se aproxima mais de autoatenção com base no conhecimento difundido popularmente.

Outra prática de autoatenção se referia ao uso de ervas em preparados como “garrafadas”.

“Ele [o pai] não largava aquele livro lá [se referindo a um livro sobre terapias caseiras]. Aí, quando eu inchava muito, ele também ia caçar lá no mato os chá e preparava pra fazer relaxamento, assim, na perna” (Maria, 38 semanas, EIC).

“[...] ela [mãe] bota lá arruda e não sei o que mais. Mais algumas ervas. Ela prepara e faz tipo um [...] bota um sal grosso, um álcool e uma água bem morninha, e vai banhando a perna pra desinchar” (Joaquina, 36 semanas, EIC).

“[...] usava pra inchaço. Ele [marido] fazia, ela [mãe] fazia; eles usavam para massagem. Ele fervia assim o chá, não sei o nome desse. Eu sei que ele ia lá [na horta], pegava, lavava, colocava nas garrafas, misturava álcool, senão me engano [...] álcool, pinga e um pouco de água” (Maria, 38 semanas, EIC).

“Erva de São João; ela é cheirosa, uma erva cheirosa, dá no mato [...] então, esse banho que eu tô fazendo nas perna dela, pra desinchar, deu uma melhorada boa, porque tava quase partindo as pernas dela, muito inchada” (D. Maria, mãe de Joana, 31 semanas de gestação, internada na EIC).

Destacou-se nestes depoimentos o caráter doméstico das ações de atenção; decisões que foram tomadas pelos membros do grupo familiar. Essas atividades são realizadas pelos microgrupos, segundo Menéndez (2003), de forma autônoma, mesmo quando existe a possibilidade de consultar um profissional. São práticas realizadas como parte das experiências pessoais e culturais das pessoas e seus familiares.

Entre as diferentes formas de autoatenção relatadas pelas gestantes, também tem destaque atividades articuladas a partir de outros curadores especializados.

“[...] daí o pastor [...] a gente liga pra ele, pede oração. Daí quando eu descobri que tava grávida e contei o que tinha acontecido, daí ele fez oração pra não acontecer de volta, né” (Joaquina, 36 semanas, EIC).

“Ajuda né! porque tudo vai da tua fé. Bom, na verdade, tudo você tem que colocar na mão de Deus. Até um copo de água, se você tomar com fé, é um remédio, né? Ele [pastor] sempre vai na minha casa, porque eu moro pertinho. Ele só ora, só” (Vitória, 36 semanas, EIC).

Joaquina mostrou um lenço vermelho que estava sob o travesseiro. Esse lenço permaneceu com ela durante todo o período em que esteve internada, até o momento em que foi encaminhada para a sala de cirurgia para realizar a cesariana, onde, segundo os profissionais que a acompanharam, *“não pode levar nada que venha de fora”*.

“É um lenço que eles [os pastores] dão e benzem, mas não é benzido, que na igreja evangélica eles não benzem, né? Eles fazem a oração. Oram com o lenço e te dão o lenço pra você usar. Daí tá escrito uma passagem da bíblia que ‘onde passará o manto sagrado, tudo curará’” (Joaquina, 36 semanas, EIC).

“Não é a igreja, bem, assim. É o pastor, né? [diminui bem o tom de voz, como se não quisesse ser ouvida]. Eles vão em casa fazer visita e você pode conversar, se você quiser. É mais íntimo daí. Mas daí você pode só pedir oração daí. Eu sempre fui na igreja porque sempre fui

evangélica. Pra mim, eu ter que tá aqui hoje, eu procuro pensar que é missão de Deus. Eu confio mesmo” (Maria, 38 semanas, EIC).

As gestantes, internadas ou não, sendo tratadas pelos profissionais da biomedicina, também atribuem a responsabilidade de sua evolução a Deus, o que demonstra que não duvidam nem negam os efeitos positivos de nenhuma das formas de saber, convivendo, acreditando e respeitando ambas, mostrando que a transação é real no seu contexto sociocultural.

Priscila relatou que sofreu de síndrome do pânico no início da gestação e que foi acompanhada por psiquiatra até o sétimo mês, quando fazia uso de fluoxetina. Durante a realização do seu “chá de bebê”, ela foi “benzida” pela vizinha, que era benzedeira antiga, segundo ela, com reza, água e arruda, e também por sua sogra, que fez uma oração na porta da sua casa e, a partir daí, segundo ela, sua ansiedade e seu medo desapareceram. Ela então abandonou o psiquiatra e o medicamento. Essa atitude referenda a interpretação de que as gestantes tomam decisões, segundo um conhecimento compartilhado com pessoas de seu grupo social. Neste sentido, Menéndez (2003) esclarece que os sujeitos consultam sim outros curadores, mas sempre partindo de seu grupo doméstico, o que caracteriza a autoatenção como um processo transacional entre os sujeitos e as diferentes formas de atenção.

Estas práticas, classificadas pelo autor, como populares (ou tradicionais), não são aceitas ou reconhecidas pelo sistema oficial, mas possuem um papel importante no processo de saúde-doença vivenciado pelas gestantes, levando à ideia de Menéndez (2003), que não devemos preocupar-nos unicamente com as técnicas utilizadas, mas sim, com o sentido e significado cultural com que elas são utilizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que a utilização do conceito analítico de formas de autoatenção proposto por Menéndez nos permite identificar a práxis dos sujeitos e de seus grupos sociais e que estas gestantes portadoras de hipertensão, apesar de serem atendidas por profissionais da biomedicina, utilizam intencionalmente diferentes formas e saberes para “tratar” seus males, o que caracteriza, segundo esse autor, a transação e a constante interação entre essas formas de atenção e de autoatenção.

Entre as diferentes formas de autoatenção utilizadas pelas

gestantes, pode-se sugerir que há uma articulação das recomendações da terapia medicamentosa e da dieta alimentar, que são ressignificadas e adaptadas. Os alimentos mais citados, aos quais elas atribuem poder curativo são o chuchu e a alface.

Percebeu-se que as gestantes têm valores e práticas com seus significados que são aplicados aos processos de saúde-enfermidade-atenção e que são capazes de transitar entre distintas abordagens de atenção à saúde, reafirmando o caráter dinâmico da cultura, quando reappropriam e articulam as informações recebidas dos profissionais da biomedicina com suas práticas cotidianas. Exemplos claros desta articulação são o uso do esfigmomanômetro para o controle pressórico e a adaptação da dieta sem sal. Adicionalmente, destacam-se o uso de plantas medicinais vista, na maioria das vezes pela biomedicina, como um saber periférico, e a religião, uma forma de autoatenção popular.

Observa-se também que estas articulações são balizadas sempre pela relação de hegemonia/subalternidade, marca da biomedicina, e que as gestantes não costumam revelar a utilização de formas de autoatenção, temendo julgamento e possível repreensão por parte dos profissionais.

De forma geral, é possível inferir que o transtorno hipertensivo na gestação se revela como uma experiência cultural e social, que envolve interpretações e negociações na escolha da terapia utilizada.

Tendo por base alguns relatos, foi possível entender que, no momento em que o profissional se demonstrar atento à escuta das gestantes e à troca de ideias em relação à experiência de adoecimento, será possível conhecer e negociar as práticas de autoatenção utilizadas pelas gestantes, e assim melhorar a qualidade do cuidado prestado. Nesse sentido, é relevante que os profissionais de saúde se preocupem com a troca de conhecimentos em torno da hipertensão gestacional.

Convém destacar que o esforço de compreensão dos contextos culturais, das visões da realidade e das redes sociais nas quais as gestantes hipertensas inserem-se nos parece fundamental para identificar as formas de autoatenção que são utilizadas e ressignificadas. Faz-se necessário trazer à discussão todas as formas de autoatenção utilizadas, de forma que se torne possível criar pontes de comunicação entre ambas, desenvolvendo atividades interacionais que se tornem espaços dialógicos e de aproximação, tendo como meta o controle da hipertensão gestacional.

Há necessidade de se reconhecer e valorizar as diferentes práticas de autoatenção e sua potencial articulação ao saber biomédico, entendendo que não é possível impor uma única forma de cuidar, e

aceitando que é preciso respeitar a autonomia das gestantes.

O reconhecimento das interfaces entre a racionalidade biomédica e as formas de autoatenção apresenta-se como uma via estratégica para que se efetive na rotina dos serviços oficiais a articulação dos diferentes sistemas de cuidado. Este caminho tornaria possível preencher as lacunas no cuidado às gestantes acometidas por transtornos hipertensivos, no que se refere à falta de entendimento que de modo geral têm os profissionais de saúde, sobre as diferentes formas de atenção que essas mulheres utilizam quando se deparam com a dupla situação de serem “gestantes” e “hipertensas”.

O fato de não ter sido explorada, de forma mais detalhada, a utilização de outras formas de autoatenção que não as reapropriadas da biomedicina pode ser considerada uma limitação da pesquisa. Além disso, o contexto hospitalar onde houve a maior parte das interações com as gestantes pode ter sido um elemento inibidor, uma vez que muitas delas relataram ter vivenciado experiências negativas em dialogar sobre o assunto com alguns profissionais da biomedicina. Assim, recomenda-se envolvimento com a gestante e sua família em outros contextos sociais, como estratégia para explorar outros ângulos da temática.

REFERÊNCIAS

BECKER, S. G. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2011.

BOEHS, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. 2001. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

BONET, O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim1/2012**. Disponível em:<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_mortalidade-materna-no-%20%20brasil.> Acesso em: 18 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestão de alto-risco**: manual técnico. 3. ed. Brasília: MS, 2000.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. ed. 13 reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOOD, B. J. **Medicine, rationality, and experience**: an anthropological perspective. 3th ed. New York: Cambridge University Press, 1997.

JORDAN, B. Authoritative knowledge and its construction. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkerley: University of California Press, 1997. cap.1, p. 55-79.

LEININGER, M.; MC FARLAND, M. **Culture care and diversity**: a worldwide nursing theory. 2 ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LEININGER, M. **Cultural care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

MARTINS, A. L. **Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, de 1993 a 1998**. 2000. 62 f. Dissertação (Mestrado em

Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa. 2000.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 185-206, 2003.

MONTICELLI, M.; ELSEN, I. El hospital como una realidad clínica: una comprensión a partir de encontro entre las trabajadoras de enfermería y las familias de un servicio de alojamiento conjunto. **Horizonte de Enfermería**, Santiago, v.15, p. 37-52, 2004.

SARGENT, C. F.; BASCOPE, G. Ways of knowing about birth in three cultures. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkerley: University of California Press, 1997. cap.7, p. 183-208.

SHATZMAN, L.; STRAUSS, A.L. **Field research**: strategies for a natural sociology. New Jersey: Privitive-Hall, 1973.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality**: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank 1990 to 2008. Geneva, 2010.

YOUNG, A. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. **American Anthropologist**. New Orleans, v.78, n.1, p. 5-24. 1976.

4.3 ARTIGO 3 - GESTANTES HIPERTENSAS E SUAS RELAÇÕES COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

GESTANTES HIPERTENSAS E SUAS RELAÇÕES COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO¹

Marialda Martins²

Marisa Monticelli³

Eliana Diehl⁴

RESUMO: O estudo buscou identificar como ocorrem as relações entre as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos e os profissionais de saúde, utilizando-se abordagem etnográfica. Os informantes foram gestantes hipertensas, profissionais de saúde e estudantes de medicina e enfermagem que interagiram com as gestantes durante as consultas de pré-natal e no decorrer da internação hospitalar. A coleta de dados ocorreu em um hospital-escola do Paraná e nos domicílios das gestantes, por meio de observação participante e entrevistas semiestruturadas, entre outubro de 2010 e dezembro de 2011. A análise seguiu os princípios da Etnoenfermagem e deu origem ao macrotema “Interações entre gestantes e profissionais: aproximações e distanciamentos”. Os resultados mostram a ocorrência de distintas formas de relacionamento, destacando-se a impessoalidade e a desvalorização das subjetividades das gestantes. O estudo contribui para que os profissionais de saúde repensem tais interações, a fim de que haja maior aderência aos princípios da humanização da assistência e aos direitos à cidadania nos serviços de saúde.

DESCRIPTORIOS: Relações profissional-paciente. Hipertensão

¹Artigo decorrente da tese de doutorado intitulada “Gestantes hipertensas: significados culturais, formas de atenção à saúde e relações com a biomedicina”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em 14 de dezembro de 2012.

² Doutoranda do PEN/UFSC. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Paraná, Brasil. E-mail: marialda@ufpr.br

³Doutora em Enfermagem. Docente credenciada do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: marisa@ccs.ufsc.br

⁴ Doutora em Saúde Pública. Professora Associado do Departamento de Ciências Farmacêuticas e do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: elianadiehl@hotmail.com.br

gestacional. Cultura. Atención terciária à saúde.

HYPERTENSIVE PREGNANT WOMEN AND THEIR RELATIONS WITH HEALTH PROFESSIONALS OF AN ACADEMIC HOSPITAL

ABSTRACT: The research tried to identify how the relations between pregnant women and health professionals occur, using the ethnographic approach. The informers were the hypertensive pregnant women, health professionals and medicine and nursing students that interacted with the pregnant women in the course of the prenatal appointments and during the hospitalization. The data were taken in a school-hospital of the Paraná State and in the pregnant women's houses by the participant observation method and semi structured interviews, between October 2010 and December 2011. The analysis followed the etnonursing statements and gave birth to the macro subject "Interactions between pregnant women and professionals: approximations and withdrawals". The results show that several kinds of relations occur, detaching the impersonality and devaluation of pregnant women subjectivity. The research contributes with the health professionals to rethink these interactions, so that may exist more adherences to the humanization of assistance statements and to the citizenship rights in the health service.

DESCRIPTORS: Professional-patient relations. Hypertension, pregnancy-induced. Culture. Tertiary health care.

GESTANTES HIPERTENSAS Y SUS RELACIONES CON LOS PROFESIONALES DE SALUD DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

RESUMEN: El estudio buscó identificar como se dan las relaciones entre gestantes portadoras de trastornos hipertensivos y los profesionales de salud a través del abordaje etnográfica. Los informantes fueron las gestantes hipertensas, profesionales de salud y estudiantes de medicina y enfermería que interaccionaron con las gestantes durante las consultas prenatales y en las hospitalizaciones. La colecta de datos se dio en un hospital-escuela del Estado de Paraná y en las casas de las gestantes, por medio de la observación participante y de entrevistas semi estructuradas, entre octubre de 2010 e diciembre de 2011. La análisis siguió los principios de la etnoenfermería y originó el tema "Interacciones entre gestantes y profesionales: aproximaciones y distanciamientos". Los resultados muestran que ocurren diferentes

formas de relacionamiento, destacándose la impersonalidad y la desvalorización de la subjetividad de las gestantes. El estudio contribuye para que los profesionales de salud repiensen estas interacciones con el fin de que haya mayor adherencia a los principios de humanización de la asistencia y a los derechos de ciudadanía en los servicios de salud.

DESCRIPTORES: Relaciones Profesional-Paciente. Hipertensión inducida en el embarazo. Cultura. Atención terciaria de salud.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna (MM) constitui, ainda hoje, um importante problema de saúde pública no mundo e também no Brasil, refletindo a qualidade da assistência que a mulher recebe no ciclo gravídico-puerperal. A maioria dessas mortes ocorre em mulheres que são diagnosticadas pelo sistema oficial de saúde como gestantes de risco. Nesse grupo estão incluídas tanto as portadoras de alguma doença pré-existente ou aquelas cuja patologia adveio em decorrência da gravidez, e que apresentam probabilidade de evolução desfavorável durante o transcurso gestacional (BRASIL, 2010, 2007).

Entre as gestantes de risco estão as acometidas por síndrome hipertensiva; uma das principais causas de MM, a quem é oferecida atenção obstétrica especializada em hospitais de referência. Este nível de assistência está organizado para tratar de casos graves que colocam a vida da gestante em perigo. No entanto, Guedes, Nogueira e Camargo (2006) referem que os hospitais estão pouco preparados para entender os significados subjetivos referentes às doenças, uma vez que os profissionais não possuem ferramentas adequadas, nem teóricas, tampouco cognitivas, para relacionarem-se com essas mulheres.

Neste contexto, a comunicação tem sido colocada em segundo plano, uma vez que os profissionais, de modo geral, tratam a doença como patologia (*disease*), enquanto o sujeito sofre a experiência de adoecer (*illness*), expressa em formas específicas de pensar e agir (WIKMAN, MARKLUND, ALEXANDERSON, 2005; ALMEIDA FILHO, 2001; KLEINMAN, 1980). Tal situação contribui para a desumanização, o afastamento e a assimetria da relação entre profissionais e usuários do sistema de saúde. Porém, sabe-se que o encontro de duas visões diferentes de mundo, *illness*, por um lado, e *disease* por outro, no momento em que o indivíduo busca atendimento de saúde, pressupõe uma comunicação em duas vias, o que requer a interação dos diferentes modelos culturais (OLIVEIRA, 2002).

Segundo Caprara e Rodrigues (2004), os médicos e enfermeiros não estão devidamente preparados para esse encontro, pois os cursos de formação ensinam uma série de conteúdos e desenvolvem capacidades práticas que os levam a considerar somente os aspectos físicos, excluindo as características culturais e socioeconômicas, o que, de acordo com Menéndez (2009), priva os profissionais da compreensão de todas as outras dimensões do ser humano e também do processo de saúde-doença, uma vez que os aspectos sociais, culturais e psicológicos são insignificantes no aprendizado.

Estudiosos vêm argumentando que, no sistema oficial de saúde, a pessoa, com frequência, perde sua individualidade e se torna objeto do saber reconhecido cientificamente, no qual a atenção profissional entra no universo de produção, que marca a sociedade moderna. Essa realidade torna o sujeito apenas um recebedor de cuidados, objeto de procedimentos legitimados por critérios da medicina. Neste cenário, o encontro se dá de forma assimétrica em que o domínio é todo do profissional e o doente é destituído do seu poder de participação, produzindo interações cada vez menos frequentes (MARTINS, 2004; CARAPINHEIRO, 1998). Por conseguinte, no mundo do hospital, a experiência da doença perde sua dimensão subjetiva, e o doente, muitas vezes, perde o direito de sentir, caso não possa explicar cientificamente suas sensações, revelando, segundo Kleinman (1980), que a relação ocorre entre o médico e a doença do sujeito.

Sullivan (2003), ao estudar a importância de considerar a autonomia do sujeito e a valorização de seu ponto de vista em relação à saúde, alerta para a necessidade de uma mudança radical no paradigma da medicina vigente e enfatiza a necessidade de substituição dos objetivos de cura e de evitar a morte pelo objetivo de cuidar das pessoas, considerando a perspectiva delas, sua autonomia e a valorização de seu ponto de vista em relação à saúde e aos cuidados com a mesma. Para ele, a aliança dos elementos objetivos e subjetivos na ciência médica clínica viria substituir a visão puramente objetiva da doença, com a incorporação da subjetividade da pessoa, e o objeto da medicina deixaria de ser o corpo para ser a pessoa. O sujeito estaria sendo reintroduzido na medicina e as relações entre profissionais e doentes se tornariam mais simétricas, resgatando, enfim, a humanização.

A humanização é um movimento com crescente e disseminada presença nos serviços de saúde, que ganhou legitimidade, principalmente, a partir de 2000, quando o Ministério de Saúde brasileiro regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que constitui uma política ministerial destinada a

promover uma nova cultura de atendimento à saúde no país, tendo como principal meta, aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários e profissionais (campo das interações face a face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando à melhoria da qualidade e à eficácia dos serviços prestados por estas instituições (BRASIL, 2001). Contudo, tal proposta sofre influência direta do modelo organizacional, “mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde, uma relação entre dois seres humanos e, portanto, sujeita aos inevitáveis aspectos de suas subjetividades” (DIAS; DOMINGUES, 2005, p.704).

O olhar antropológico pode contribuir para a melhor qualidade destas relações, pois busca investigar as características sociais e culturais, bem como a percepção e a interpretação, valorizando o sujeito e a experiência, visando a compreender que o “estar doente” gera sentimentos e representações que se transformam em experiências que vão constituir o corpo do conhecimento leigo. Este olhar traz a visão da doença enquanto experiência definida como um processo subjetivo, construído através de contextos socioculturais, e vivenciado pelos atores, deixando de ser apenas um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura (LANGDON, WIIK, 2010; LANGDON, 1996).

Levando em consideração a importância da aproximação profissional-sujeito e a insuficiência de estudos que explorem tal temática no âmbito dos processos terapêuticos obstétricos, particularmente sob as lentes da antropologia, este estudo objetivou identificar como ocorrem as relações entre as gestantes hipertensas e os profissionais de saúde em um hospital universitário, com o intuito de colaborar no aprofundamento da compreensão dessas *nuances* interativas, e assim, contribuir para que se resgate a humanização e a cidadania nos serviços de saúde e, acima de tudo, fornecer outros subsídios para a modificação da realidade da mortalidade materna.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo etnográfico, no período de outubro de 2010 a dezembro de 2011, cujos cenários foram o ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) e a Enfermaria de Internação Clínica (EIC) da maternidade de um Hospital Universitário (HU), localizado no Sul do Brasil, considerado referência para gestações de risco, e cuja

totalidade da demanda é de usuárias do Sistema Único de Saúde que são encaminhadas de unidades básicas de saúde do município e região metropolitana.

O PNAR fica localizado no andar térreo da maternidade e é composto por cinco consultórios médicos e um consultório de enfermagem. O atendimento é realizado por uma equipe de enfermagem composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e por uma equipe de médicos residentes e alunos do sexto ano de medicina, supervisionados por professores. O funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 16:00 horas.

A EIC conta com seis leitos, normalmente todos ocupados. Fica localizada no segundo andar, na Unidade de Alojamento Conjunto (UAC), a qual conta ainda com outras quatro enfermarias destinadas ao internamento de puérperas e seus bebês, e uma destinada a puérperas que têm o filho internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, um posto de enfermagem, uma sala de atendimento de recém-nascidos, rouparia, secretaria e uma pequena copa, além de vestiário e banheiro para os funcionários.

A gestante com intercorrência clínica que necessita de observação direta chega à EIC, encaminhada do PNAR e também do pronto atendimento tocoginecológico, acompanhada por uma funcionária da enfermagem. Assim que interna, uma profissional da equipe da EIC se encarrega de instalar a mesma no seu leito, avaliando as necessidades de cuidado mais prementes. A partir desse momento, as gestantes ficam na EIC, geralmente por longos períodos, sob assistência profissional, porém longe da sua família, sem acompanhante e recebendo apenas visitas em horário restrito. Entre as atividades que fazem parte do cotidiano das gestantes hipertensas destacam-se a terapia ocupacional e assistir a televisão, sendo que o aparelho é ligado pela manhã e desligado apenas após o término das novelas noturnas.

Nessa unidade, as gestantes são atendidas por uma equipe de enfermagem composta por 17 funcionárias, das quais uma enfermeira tem função gerencial e trabalha em turnos alternados entre manhã e tarde. A equipe da manhã é composta por uma enfermeira, duas técnicas e duas auxiliares de enfermagem. O quadro de profissionais de enfermagem que atua à tarde é constituído por duas enfermeiras, sendo uma delas bolsista sênior e duas auxiliares. À noite, o atendimento é realizado por uma enfermeira, três técnicas e três auxiliares de enfermagem. A assistência médica é prestada por uma dupla de residentes do serviço de obstetrícia, com supervisão de um professor, no turno da manhã. Durante a tarde e a noite o atendimento médico é

responsabilidade da equipe de plantão do pronto-atendimento tocoginecológico. A unidade conta ainda com a atuação de alunos dos cursos de graduação em medicina e enfermagem, além de alunos que fazem parte do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher.

Participaram da pesquisa, como informantes-chave, 22 gestantes hipertensas, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) possuir diagnóstico de transtorno hipertensivo; b) ter mais de 18 anos; c) estar realizando pré-natal no ambulatório do PNAR (para as gestantes que frequentavam as consultas de pré-natal); e, ainda, estar internada na EIC, indistintamente, durante a permanência da pesquisadora no campo (para aquelas que estavam hospitalizadas em tempo integral). Como informantes gerais foram escolhidos profissionais e estudantes de medicina e enfermagem que, de alguma forma, protagonizaram situações ou conversas de onde emergiram informações relevantes para o estudo, ou que desenvolveram atividades de cuidado direto, tanto na EIC quanto no ambulatório do PNAR, além de familiares que acompanhavam as gestantes durante as consultas de pré-natal, ou durante a internação. Compuseram este grupo, três professores de medicina, seis médicos residentes, sete estudantes de medicina, sete profissionais de enfermagem, quatro mães e seis companheiros das gestantes.

Para a coleta das informações foram utilizadas a observação participante, como técnica principal, e entrevistas semiestruturadas, para complementação dos dados (LEININGER; Mc FARLAND, 2006). No PNAR, as gestantes foram acompanhadas enquanto aguardavam o atendimento, na sala de espera e nas consultas com os profissionais. Na EIC, foram acompanhadas em todos os períodos e, especialmente, no matutino, quando ocorriam as visitas da equipe médica. As entrevistas com as gestantes foram efetuadas, quase sempre, nos seus domicílios, os quais se localizavam em bairros da periferia ou na região metropolitana do município-sede do hospital.

Os procedimentos analíticos envolveram etapas de identificação de descritores e componentes (frases e expressões de uso comum), avaliação contextual e de padrões recorrentes (unidades mais densas de análise que pudessem auxiliar na elaboração de temas) e, finalmente, a eleição de temas significativos e respectiva teorização (LEININGER; Mc FARLAND, 2006).

Foram seguidos os preceitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do hospital escolhido como cenário do estudo, sob nº

2.355.249/2010-10. Os sujeitos (gestantes e profissionais) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, nesse artigo, serão identificados, aleatoriamente, com nomes fictícios. Além disso, as gestantes serão identificadas pelo número de semanas de gestação e pelo local da obtenção da informação, e os profissionais e estudantes, pela categoria a que pertencem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 22 mulheres estavam no período gestacional entre 24 e 38 semanas, e o número de gestações variou entre uma e seis. Tinham idade entre 20 e 45 anos. Quanto ao estado civil, 14 declararam ser casadas, seis delas viviam em união estável, uma era divorciada e uma solteira; a escolaridade predominante foi ensino médio. A renda média familiar foi de três salários mínimos e a atividade mais comum foi a do lar. Sete gestantes eram evangélicas e 15 informaram ser católicas.

Dentre os profissionais, os professores da área médica desempenhavam atividades de ensino nas unidades há mais de vinte anos, os médicos residentes cursavam o primeiro e o segundo ano, e os demais alunos da graduação em medicina cursavam a disciplina de Obstetrícia. Da equipe de enfermagem, uma das enfermeiras era especialista, e outra, mestre, três eram técnicas e duas auxiliares de enfermagem, sendo que todas atuavam nos setores há mais de cinco anos. Entre os familiares, além das mães acompanhantes, os companheiros eram todos casados com as gestantes.

O processo analítico levou à indução do macrotema “Interações entre gestantes e profissionais: aproximações e distanciamentos”, cuja apresentação e discussão são abordadas a seguir.

Interações entre gestantes e profissionais: aproximações e distanciamentos

As gestantes que recebiam cuidados, seja no PNAR, seja na EIC, na sua maioria, aceitavam a atenção dos profissionais de saúde e a hospitalização, pois as viam como as melhores alternativas para amenizar seus medos, se sentindo protegidas das intercorrências impostas a elas e aos bebês pela hipertensão gestacional. Ainda que, no ambiente hospitalar, geralmente tivessem que seguir regras e submeter-se a cuidados os quais muitas vezes se sobrepunham às suas individualidades e subjetividades, entendiam que a permanência ali era a melhor opção para conseguir que a gestação prosseguisse de forma segura.

“Ficar aqui no hospital eu vejo como uma grande coisa. Claro que não é confortável, não me ouvem direito, mas pelo lado do bebê, se é este sacrifício que eu tenho que fazer, eu vou fazer até o final [...]. Agora também abro mão de tudo pra ficar boa. Eu vejo ficar aqui como uma coisa positiva. Não to pagando nada, estão me cuidando bem, principalmente pro bebê” (Joana, 31 semanas, EIC).

No PNAR, onde o atendimento era efetivado por alunos do curso de graduação ou por residentes de medicina, as consultas eram, quase sempre, rápidas, marcadas por pouca conversa, e seguiam um mesmo padrão, que incluía a seguinte sequência: perguntas relacionadas ao estado geral das gestantes, pesquisa de queixas relacionadas com a evolução da gestação e com a sintomatologia da hipertensão gestacional, avaliação de exames laboratoriais e realização de exame obstétrico.

Em uma das consultas da gestante Priscila, a residente Maria faz uma leitura atenta do prontuário e, em seguida, realiza uma série de perguntas: “tem dor na cabeça? Tem problemas na vista?” Priscila refere, evasiva: “to com dor de estômago...”. Esta colocação, no entanto, não é comentada ou explorada pela residente, que continua questionando se ela tem tido sangramento, cólica, perda de líquido ou queixas urinárias. A residente observa a curva pressórica, verifica a pressão arterial e interroga sobre a dose de metildopa que ela está usando. Logo em seguida, pede para a gestante deitar, para o exame obstétrico. A duração da consulta é de aproximadamente doze minutos (Extratos do Diário de Campo).

Os profissionais médicos, a exemplo de Maria, buscavam principalmente saber se a gestante verificava diariamente a pressão arterial e se usava os medicamentos prescritos, o que leva à interpretação de que, em suas concepções, como assinala Camargo Jr. (2003), parece que as doenças são imutáveis, independente da pessoa e do lugar, manifestando-se sempre por um mesmo conjunto de sinais e sintomas, e que devem ser identificados e corrigidos por algum tipo de

intervenção. Neste caso, as gestantes deveriam aferir constantemente os níveis pressóricos, e então, ingerir os fármacos destinados a aliviar os sintomas e/ou prevenir as consequências clínico-obstétricas.

De forma geral, as orientações finais da consulta ficavam restritas, além do reforço à necessidade de verificação frequente da pressão arterial, ao repouso e à vigilância da dieta hipossódica.

“[...] e veja bem: controle a pressão, mantenha a dieta sem sal e nada de esforço. Se cuide e fique de repouso. Qualquer coisa que sinta, venha direto para o hospital” (Médica Residente 2, Aparecida, EIC).

Nos atendimentos, raramente se conversava com as gestantes sobre sinais e sintomas da hipertensão ou sobre suas complicações, ainda que as mesmas solicitassem tais informações, o que também foi percebido em estudo realizado por Hotimsky (2007), no qual a autora relata que durante o atendimento pré-natal as gestantes hipertensas não eram orientadas sobre sinais e sintomas da doença, e sequer sobre sinais de alerta da iminência de eclâmpsia.

Após realizar o primeiro atendimento no PNAR, os alunos e residentes tinham por hábito discutir a clínica de cada caso com o professor responsável pelo pré-natal, o que ocorria na maior parte das vezes em um ambiente contíguo ao consultório. As gestantes apenas escutavam o que era dito sobre suas condições de saúde, assim como as decisões que eram tomadas a esse respeito, sem participarem, no entanto, da discussão. Este procedimento se repetia durante a realização das visitas médicas na EIC.

“[...] o professor entra na Unidade acompanhado por um grupo de alunos e residentes de medicina. Não se dirigem às pacientes, nem tampouco aos alunos ou outros profissionais que estão ali; ocupam o centro da enfermaria e iniciam a discussão dos casos. O professor faz questionamentos aos alunos sobre definições, causas das patologias, exames laboratoriais e medicamentos em uso e, ao mesmo tempo, vai tomando decisões sobre o prosseguimento do percurso terapêutico (Extratos do Diário de Campo).

Por ocasião das visitas médicas diárias, todos os presentes na enfermaria (alunos, funcionários e pacientes), ficavam quietos ou diminuía o volume da voz, procurando não atrapalhar a discussão do professor com os alunos. Se, por um lado, essa atitude aparenta respeito ao status que a “visita” ensejava, por outro, para as gestantes, revelava o desejo de ouvir melhor a conversação, a fim de extrair dali, subsídios informativos que pudessem ser úteis às conclusões sobre suas atuais situações de saúde e as dos bebês que esperavam. Esta reação de atenção absoluta, segundo várias das gestantes internadas, decorria da falta de atenção individual, da parca informação que recebiam dos médicos, da rapidez com que a “visita” ocorria, já que quase nunca conseguiam perguntar o que precisavam, e do fato que, por tratar-se de uma sessão de aprendizagem (professores e alunos), acreditavam que ali estava sendo dito “a verdade” sobre suas condições.

Contudo, apesar da extrema atenção com que se posicionavam para ouvir, referiam que não conseguiam compreender muitos dos termos utilizados. Essa situação, que é reiterativa nos estudos que envolvem relações médicos-pacientes, inclusive em outras especialidades, mostra um modo de conservação do status quo, característico do modelo cultural biomédico, que se traduz nas posturas adotadas, trajes usados e, inclusive, pelo linguajar utilizado nos serviços de saúde (ARAÚJO, RODRIGUES, RODRIGUES, 2008; LEE, GARVIN, 2003; CARAPINHEIRO, 1998).

A performance adotada durante a realização da visita médica e a discussão dos casos clínicos apresenta similaridades com o modelo explicativo da disease, no qual a pessoa doente é vista como paciente e o sujeito transforma-se em objeto, tendo que assumir uma postura passiva em relação ao terapeuta. Neste contexto, a doença é definida de forma homogênea, independente de cada sujeito ter uma história de vida, e um modo peculiar de explicar e de interpretar sua doença (BONET, 2004; CAPRARA, FRANCO, 1999; KLEINMAN, 1988).

O fato de os médicos, na discussão dos casos clínicos obstétricos, priorizarem sempre os aspectos do disease, conceito analítico que se refere à racionalidade biomédica, resulta, a nosso ver, em um sério obstáculo à interação com essas mulheres. Essa postura, associada à ausência de diálogo com as mulheres, reforça a ótica que o modelo cultural biomédico não leva em conta a necessidade de explorar a dimensão subjetiva do adoecer (illness), não considera que cada gestante tem uma experiência que sustenta a percepção que ela tem de sua doença, o que pode gerar problemas como a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pela gestante para expressar-se, a falta ou

a dificuldade de transmitir informações adequadas à gestante e a dificuldade na adesão ao tratamento (CALVASINA et al., 2007; CAPRARA, RODRIGUES 2004; HELMAN, 2003; NATIONS, NUTO, 2002; KLEINMAN, 1980).

É relevante focalizar o contexto acadêmico envolvido no fenômeno em observação, uma vez que o cenário do estudo refere-se a um hospital universitário, onde predomina o uso da linguagem médica, pois os interesses estão amplamente relacionados ao processo ensino-aprendizagem do modelo clínico. Conforme Del Vecchio-Good (1998), durante esse aprendizado, os alunos desenvolvem o raciocínio clínico para elaborar suas narrativas, transformando o que o doente diz em linguagem médica, sendo que neste processo não há espaço para aspectos sociais ou emocionais da vida cotidiana dos sujeitos, os quais são vistos como evidências irrelevantes para seu trabalho.

Destacamos que a postura dos profissionais e estudantes não é intencional, mas sim resultado da sua formação, marcada por atividades que Good (1997) denomina como “práticas formativas”, ou seja, os processos vividos pelos alunos de medicina, que ultrapassam o limite das representações e se tornam formas de agir, ao conduzir as intervenções e procedimentos que o habilitam à prática clínica. De acordo com esse autor, as histórias médicas – no caso, aqui, os “casos obstétricos” – são meios para organizar e interpretar a experiência, formulando uma realidade específica que interessa ao profissional em formação. Estas representações desconstróem a realidade, construindo a “identidade” do doente como “caso médico” ou como objeto do olhar e do discurso médico, tornando-o apenas um caso clínico, um corpo que abriga uma doença.

[...] o professor entra na EIC acompanhado de duas residentes e três doutorandos, que trazem nas mãos os prontuários, e colocam-se em círculo no espaço entre os leitos. O volume da TV é diminuído por um doutorando. Nenhum deles cumprimenta as gestantes, a mim ou à terapeuta ocupacional que está em atividade com as gestantes. Imediatamente, a residente inicia a apresentação de um dos casos: “este é um caso de tromboflebite”. O professor então se aproxima, pede licença, descobre as pernas da gestante, realiza exame em conjunto com os alunos, faz com que todos palpem as pernas da gestante. Discutem conduta, terapêutica e exames. As gestantes permanecem nos leitos em silêncio

durante toda a visita (Extratos do Diário de Campo).

De acordo com Hotimsky (2007), as discussões de caso realizadas por professores e alunos constituem um espaço de estímulo à valorização dos aspectos clínicos da doença e são realizadas em linguagem não acessível ao cliente, alienando-o do processo.

Durante uma das visitas médicas, ao iniciarem a discussão do caso de Joaquina, o professor pergunta “como ela está hoje” aos alunos e não à gestante. Faz inúmeras perguntas sobre conduta e formas clínicas. Falam em voz alta [entre eles] sobre a evolução, os riscos de prematuridade, a necessidade de UTI e da falta de leitos para o RN. O professor discute a terapêutica com a residente e encerra a discussão, dirigindo-se ao outro leito, e iniciando a discussão do próximo ‘caso’ (Extratos do Diário de Campo).

De forma geral, os profissionais não se referem às gestantes pelo nome, e sim, pelo diagnóstico médico.

[...] o doutorando abre o prontuário da gestante e diz: “esta é uma hipertensão crônica com pielonefrite. Fez ecografia ontem e cardiotocografia agora”. Entrega os laudos para o professor: “os exames deram [relata valores laboratoriais de vários exames de sangue e urina]. A pressão está controlada [...]” (Extratos do Diário de Campo).

De acordo com Good (1997), o aluno deve passar a ver as pessoas doentes como “pacientes” e a representar a doença e o funcionamento do corpo fisiológico por meio de valores laboratoriais. Os “ensaios” acadêmicos para tal aprendizado, como se viu no extrato anterior, faz parte do longo processo de formação, que resulta no afastamento do estudante do senso comum, de modo que a existência de algum eventual resquício dessas referências nos médicos em formação deve ser eliminado ou modificado (GOOD, 1997).

[...] durante a visita, permaneci sentada ao lado do leito de Camila. Em certo momento, ela olhou

para mim e falou baixinho: “engraçado como eles falam da gente: - ‘o que você acha? O que vamos mudar?’ Parece que a gente é bichinho de laboratório”. Após a saída da equipe, perguntei por que ela havia falado sobre a expressão ‘bichinho de laboratório’ e então Camila respondeu, sem titubear: “é porque ele vai perguntando [se referindo ao professor], eles vão respondendo [se referindo aos estudantes], e parece que a gente serve de experiência para eles. E nem perguntam nada para gente, decidem tudo e é sempre do jeito deles” (Extratos do Diário de Campo).

As relações entre os médicos e as gestantes reafirmam a hegemonia do saber apoiado na racionalidade científica, que consubstancia toda a ampla gama de comportamentos, decisões e processos terapêuticos relacionados ao cuidado da gestante hipertensa e, no âmbito da assistência obstétrica, estabelece uma relação hierárquica entre gestantes e profissionais. No topo dessa hierarquia se encontra o médico, cuja autonomia é sustentada pela dominação do seu saber e de sua competência técnica (CARAPINHEIRO, 1998), o que corrobora a afirmação de Langdon e Wiik (2010), de que o sistema de saúde reúne diversos aspectos da cultura, inclusive as relações de poder.

“Ontem o médico chegou aqui, aquele que manda em todos os médicos [se referindo ao professor], e perguntou para os outros: - ‘por que ela tá internada?’ Daí o médico [se referindo ao residente] falou - ‘para fazer ecografia’. E o outro disse [se referindo ao professor] - ‘mas a ecografia ela já tinha que ter feito, então porque vocês não pediram?’ Ele ficou brabo. Ficou brabo com eles [...]. Daí né, ele ficou bem louco mesmo. Daí como é que eu vou falar. Eu hein? Sou a mais fraca nesta história...” (Vitória, 36 semanas, EIC).

Ao estudar os poderes e os saberes no hospital, Carapinheiro (1998) afirmou que ao nível da manutenção das relações terapêuticas entre o paciente e os profissionais, as interações são frequentemente episódicas e desenvolvem-se no âmbito dos procedimentos técnicos.

"[...] tava tomando um comprimido só por dia, daí ele [se referindo ao médico] passou pra dois e já passou pra três e agora o Dr. falou que vai ter que aumentar, nem que não queira, porque tá muito alta [se referindo ao nível pressórico], ela não abaixa" (Bianca, 27 semanas, domicílio).

Tomando como pano de fundo o conceito de reificação apresentado por Lukács (1968), e discutido por Taussing (1980), é possível observar o caráter da coisificação da relação estabelecida entre profissionais e gestantes, vislumbrado quando a gestante é destituída de autonomia, de vontades e da sua singularidade. Na forma como se configuram na realidade estudada, a maioria dessas relações se caracterizam pelo ângulo da objetividade, regidas por uma gama de conhecimentos científicos, e eliminando o que seria a sua essência, ou seja, a relação entre pessoas.

[...] de dentro do consultório, ouço, lá fora, a conversa do residente 1, Pedro, com seu preceptor, o médico Cláudio. Eles discutem a medicação e a conduta, e decidem manter a gestante Ângela em observação. Ao retornar ao consultório, o residente informa à gestante: - "a sua pressão não está boa e nós decidimos que você vai ter que ficar em observação no pronto-atendimento, e vai fazer exames de sangue". Ela fica decepcionada e demonstra contrariedade, mas não diz nenhuma palavra (Extratos do Diário de Campo).

Ainda, segundo Taussing (1986), no mundo do hospital os profissionais tendem a privar os pacientes de seu senso de certeza e segurança e de sua capacidade de autojulgamento. Nessa realidade da saúde, a dialética do eu e do outro, referida pelo autor, tende a favorecer o poder do profissional que deve, portanto, tratar esse poder com grande sensibilidade, para que não incorra em uma relação totalmente unilateral.

"[...] cuido, eu to me cuidando, eu estou fazendo tudo que eles me mandam. Procuo não passar nervoso, né, ficar tranquila, estou diminuindo um pouco o sal, tomando meu remedinho sempre na hora certa, tudo certo, conforme me

mandaram...” (Ana, 39 semanas, PNAR).

Na hierarquia de poderes que toma lugar nas instituições de saúde, o profissional médico ocupa posição de destaque, por conta do seu saber e das suas competências clínicas, o que concretiza uma relação entre um técnico especializado e um paciente destituído de qualquer capacidade de participação (CARAPINHEIRO, 1998).

“Olha só, vou te dar alta, mas eu quero que controle a pressão todo dia. Vá no postinho se for preciso, mas nada de esforço. Quero que faça repouso e tome os remédios bem direitinho. Continue com a comida sem sal e se sentir alguma coisa, não faça nada, só venha direto para cá” (Fátima, Médica residente 2, EIC).

Filc (2004), ao estudar como a ideologia e as relações de poder da biomedicina aparecem em texto médicos israelenses, afirma que os outros profissionais de saúde e os usuários dos sistemas de cuidados de saúde são subordinados não só às decisões dos médicos, mas também aos seus pontos de vista sobre saúde, doença, comportamento e tratamento.

[...] durante a realização da visita médica, as terapeutas ocupacionais falam com as gestantes sussurrando, o pessoal de enfermagem evita entrar na enfermaria, só o faz quando necessário e, se precisa falar com uma das gestantes, também faz de modo a não atrapalhar a discussão clínica. As gestantes permanecem em silêncio [...] (Extratos do Diário de Campo).

É evidente que a equipe de enfermagem tem papel importante no cuidado, uma vez que permanece em contato com as gestantes 24 horas durante a hospitalização. Contudo, no ambulatório (PNAR), a participação das profissionais de enfermagem foi praticamente irrelevante, pois a grande maioria das mulheres não se referiu ao enfermeiro ou aos demais elementos da equipe, quando questionada sobre cuidados e orientações recebidas.

“Enfermeira só teve uma, um dia lá no hospital, que eles pediram para tirar toda roupa e olhou

assim por baixo como que tava o nenê, se tava tudo bem, só assim...” (Bianca, 27 semanas, domicílio).

A atuação da enfermagem, neste setor, permanecia direcionada à organização e funcionamento do serviço. Sua relação com as gestantes se limitava ao acompanhamento dos exames ginecológicos e às orientações que ocorriam somente durante a internação (EIC).

Nesta manhã o PNAR está particularmente agitado. A equipe de enfermagem corre de um lado para o outro, tentando manter os consultórios em ordem, atender as solicitações dos médicos e preparar várias gestantes que aguardam internação [...] (Extratos do Diário de Campo).

De forma geral, na EIC, as aproximações das gestantes com a enfermagem eram pouco frequentes, mas bem mais informais que as relações estabelecidas com os médicos, e revelavam maior proximidade entre as partes. As enfermeiras, por estarem mais presas às atividades administrativas e de supervisão, poucas vezes se aproximavam das gestantes.

Uma das vezes em que a enfermeira Fernanda se aproximou da gestante Vitória, fez perguntas como: - ‘está tudo bem? Você está se alimentando bem? Está precisando de material para higiene? Quer telefonar para alguém?’. Permaneceu poucos minutos na EIC e se retirou (Extratos do Diário de Campo).

Embora não seja o foco do estudo, torna-se inevitável refletir sobre a atuação dos profissionais da equipe de enfermagem no contexto observado. Pode-se perceber que os enfermeiros estão absorvendo um elenco diversificado de atividades de cunho administrativo e direcionado para o planejamento da assistência, criando condições e delegando aos demais profissionais da equipe de enfermagem a execução do cuidado direto. Com isso, estão distanciando-se da assistência. Pode-se inferir que, apesar de terem conhecimento e “desejo” de realizar um cuidado mais individualizado, se deixam envolver pelo modelo assistencial

instituído.

Ao estudar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de um hospital-escola, Costa e Shimizu (2005) constataram que os enfermeiros têm usado muito tempo desenvolvendo atividades administrativas burocráticas, situação que acaba por deixar o cuidado nas mãos de auxiliares e técnicos de enfermagem. Estes, por sua vez, se encontram cada vez mais sobrecarregados. A equipe de enfermagem da unidade de internação reclamava com frequência da falta de pessoal e do excesso de trabalho, o que certamente influenciava na distância entre elas e as gestantes hipertensas, e tornava a relação insatisfatória.

“[...] sempre quando eu ia pedir pra medir [se referindo à verificação da pressão arterial] elas [se referindo à equipe de enfermagem] falavam que tal horário elas iam medir, que estavam ocupadas e que não era no horário que a gente queria, que era no horário que elas podiam [...]” (Joaquina, 36 semanas, EIC).

Habitualmente, os profissionais da equipe de enfermagem ficavam longos períodos sem entrar na EIC ou entravam e saíam rapidamente, permanecendo ali apenas o tempo suficiente para executar cuidados técnicos e se dirigiam em seguida às enfermarias de Alojamento Conjunto, para auxiliar as colegas na realização de cuidados, por entenderem que aquelas estavam sobrecarregadas por terem que realizar inúmeras tarefas junto às mães e aos bebês.

“[...] Patrícia falou que estava com problemas, pois havia muitos bebês em uma única enfermaria [três puérperas com gêmeos], tinha os exames das mães [se referindo à avaliação de involução uterina, lóquios e mamas], e Luciana disse que na sua tinha só que verificar os dados vitais e que assim que terminasse, iria ajudá-la [...]” (Extratos do Diário de Campo).

Em face das características de sua formação o profissional de enfermagem, além de ter habilidade técnica para a realização de cuidados e procedimentos pertinentes, deve ser capaz de perceber, dialogar, entender e respeitar as gestantes, mas tal postura valoriza mais os procedimentos técnicos, deixando a interação em segundo plano, refletindo a influência do saber biomédico na sua formação.

O momento de maior interação entre a enfermagem e as gestantes se dava no início da manhã, quando a profissional de nível médio escalada para atender a EIC permanecia na enfermaria para encaminhá-las e auxiliá-las nas necessidades de higienização e para verificar sinais vitais. As profissionais da equipe de enfermagem adotavam uma postura amigável, simpática e alegre, na maioria das vezes, fazendo brincadeiras e comentando sobre os assuntos apresentados na televisão.

Carolina entra na EIC sorridente e cantando: - 'bom-dia mulherada, vamos acordando. Já vem o café e quem não tomar banho não come'. Algumas riram, outras apenas abriram os olhos. Carolina continuou: - 'o café hoje vai ser igual ao da Ana Maria [se referindo ao programa de televisão]. Vai ter até o Luan Santana cantando'. Todas riram, enquanto Carolina ia até o banheiro, ligava o chuveiro e iniciava os cuidados [...] (Extratos do Diário de Campo).

Na realidade da internação, percebeu-se que a televisão servia como instrumento de aproximação entre o mundo do hospital e o mundo externo, favorecendo a socialização entre as gestantes, e entre elas e os profissionais, o que colaborava para tornar a comunicação mais informal.

A técnica em enfermagem Flávia entra na EIC, logo no início do plantão. Muito alegre e expansiva, se apresenta como a "responsável pela enfermaria" neste dia, e faz algumas brincadeiras sobre seu peso e sua falta de sono. Todas as gestantes riem e algumas fazem piadas também sobre dormir bem. Em seguida, Flávia se dirige a cada uma das gestantes internadas, fazendo perguntas como: - 'está com dor? Tem alguma queixa? Os rins e o intestino estão funcionando bem? Alguém quer pedir alguma coisa?'. Após conversar rapidamente com cada uma das gestantes, dirige-se ao centro da enfermaria e faz uma espécie de orientação, dizendo que todas devem ficar calmas, que tudo vai correr bem, que elas estão no hospital para serem tratadas e, com fé em Deus, tudo se resolverá. Inicia a verificação de sinais vitais e emenda a conversa, falando da notícia que havia acabado de ser divulgada na televisão. As mulheres prestam atenção (Extratos

do Diário de Campo).

Nestes momentos, a relação entre profissionais e gestantes é balizada por questões do cotidiano e não por conhecimento profissional. O diálogo flui espontaneamente, disponibilizando um espaço peculiar ao resgate da subjetividade, fazendo, pois, movimento contrário à “reificação” (TAUSSING, 1986), e favorecendo a humanização da assistência.

A postura das profissionais de enfermagem era mais próxima e mais informal que a atitude adotada pelos médicos, e a linguagem usada, menos técnica. De modo geral, os enfermeiros têm na sua formação maior ênfase na importância do diálogo e da escuta, da criação de vínculos e da valorização das subjetividades, da singularidade, das relações afetivas, e da espiritualidade (SILVA; SENA, 2008), embora outros estudos revelem que nem sempre a assistência ocorre dentro dessas qualificações.

A relação estabelecida com os profissionais da Terapia Ocupacional (TO) era ainda mais próxima. As residentes faziam suas atividades na EIC três vezes por semana, no período da manhã. Traziam diversos materiais para trabalhos manuais, colocam-se à disposição para orientar as gestantes na elaboração de lembrancinhas para usar no nascimento dos bebês, móveis para enfeitar o quarto, bordados, peças de tricô e outros artefatos que podiam ser confeccionados por elas. A adesão das gestantes era unânime. A enfermaria se tornava um verdadeiro ateliê de trabalhos manuais. As residentes de TO conversavam sobre todo e qualquer assunto, mas a maioria das conversas girava em torno do bebê.

Ao entrar na EIC encontro a gestante Rafaela e a TO Bruna às voltas com panos e linhas. Bruna ensina Rafaela a fazer fuxico. Rafaela, ontem, teve um pico hipertensivo bastante sério, estava muito abalada e preocupada com sua situação de saúde, por isso me chama atenção a descontração daquele momento. Bruna me explica: - ‘buscamos fazer com que as gestantes de risco se sintam produtivas. O risco gestacional quebra o processo normal e descaracteriza o papel social da gestante. Então, a partir de atividades, procuramos fazer com que ela se sinta cumprindo seu papel, e também buscamos diminuir a ansiedade e a preocupação. O objetivo não é

tratar alterações emocionais, mas sim, usar a atividade como forma de permitir, no caso da gestante de risco, que ela desempenhe seu papel materno, durante a hospitalização' (Extratos do Diário de Campo).

O drama vivido pelas gestantes, aqui entendido como uma situação marcada pelo sofrimento (MATTINGLY, 1994), gera a necessidade de cuidado, criando um cenário ideal para o encontro terapêutico, a vivência conjunta do drama, que vai além do discurso, enveredando pelo campo da prática.

A TO busca criar uma trama terapêutica envolvendo as gestantes, para que elas recuperem seu papel social, o que se aproxima daquilo que Mattingly (1994) denomina como *emplotment*. Essa estratégia requer colocar o doente como o principal personagem da terapia, despertando nele a vontade de agir. A profissional envolve-se nas narrativas das gestantes, levando-as para o campo da ação, utilizando todos os recursos disponíveis. O *emplotment* requer do profissional habilidade para despertar na gestante a vontade de agir, uma vez que pode ser guiado, mas não motivado pelo profissional. Esse agir profissional da TO permite à gestante a vivência do *illness*, dando sentido e significado à experiência de adoecimento, além de servir como lenitivo ao estresse da hospitalização.

Outro momento que promovia a descontração e a sociabilidade das gestantes era o horário de visitação, quando a maioria recebia os familiares no hospital, ainda que esse período fosse limitado, em função das regras estabelecidas e que deviam ser cumpridas à risca, pois caracterizava-se, como refere Carapinheiro (1998), como uma instituição total.

[...] no horário de visitas encontrei a unidade muito movimentada. Observei que Linda [gestante normalmente mal-humorada, que reclamava de tudo] estava bastante alegre, conversando com o marido e com a avó. Júlia também estava falando e sorridente, acompanhada da mãe e de dois de seus filhos [...] (Extratos do Diário de Campo).

Os momentos de descontração que ocorriam durante a presença dos visitantes auxiliavam a modificar a experiência vivida pelas gestantes, por favorecerem o reconhecimento de suas subjetividades e de

suas referências culturais, servindo para que elas recuperassem o *status* de “sujeito” dentro da instituição. O período da visitação podia contribuir para uma relação mais íntima entre os profissionais e a família e, assim, permitir maior aproximação dos diferentes contextos culturais, facilitar o entendimento dos significados culturais atribuídos à hipertensão gestacional, pelas gestantes hipertensas e seus familiares, e também envolvê-los no cuidado às gestantes.

Wolff e Roter (2011) acreditam que o envolvimento da família nos cuidados de saúde tem influência sobre a qualidade destes cuidados, pois transmitem mais informações sobre o sujeito, motivam a aderência ao tratamento e também defendem o atendimento das necessidades e preferências do paciente. Esses autores ressaltam que o envolvimento da família é uma das dimensões a ser considerada para o desenvolvimento do cuidado centrado no paciente. Tal participação, em contrapartida, não era valorizada pela equipe de enfermagem, que, muitas vezes, reclamava que a presença das visitas interferia no andamento do trabalho, principalmente nos dias em que se encontravam com a “*casa cheia*”. Essa opinião era manifestada ora de forma velada, só percebida nas expressões faciais de desagrado, ora de forma explícita, em comentários como: “*vamos cair fora [tomar café] que o pessoal tá chegando*” ou “*pronto, acabou o sossego, agora não dá para fazer nada*”.

A equipe de enfermagem não entendia o horário de visitas como um dos poucos momentos em que era possível à gestante esquecer seus medos e amenizar os sentimentos desagradáveis decorrentes da hospitalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação das gestantes com os profissionais se dá em um contexto assistencial marcado por um paradigma reducionista, que desvaloriza o sofrimento como parte do cuidado médico, enfatizando apenas o que pode ser mensurável, no domínio da biologia. Os profissionais valorizam os aspectos do *disease* e nem sempre demonstram estar preparados para abordar outras formas de saber, como os significados e sentidos da realidade da gestante, suas emoções e condições de vida. Porém, considera-se que essa postura profissional é fortemente marcada pelas nuances de um sistema cultural onde predominam conhecimentos técnico-instrumentais em detrimento aos valores humanos.

A postura adotada por membros da equipe de enfermagem e TO indica que a valorização dos aspectos humanos favorece uma maior

aproximação entre profissionais e gestantes permitindo que se crie mais espaço para a expressão da subjetividade das gestantes, facilitando o desenvolvimento de atividades que permitem oferecer uma assistência mais humanizada e aderente aos direitos dessas mulheres, não apenas como sujeitos do cuidado e da atenção obstétrica, mas como cidadãs. Contudo, salienta-se a importância de novos estudos que discutam a atuação dos enfermeiros no âmbito do cuidado direto às gestantes, e também no que diz respeito ao seu papel no desenvolvimento de práticas educativas que configurem dispositivos a expressão da experiência das gestantes portadoras de transtornos hipertensivos.

As gestantes hipertensas referem dificuldades na relação com os profissionais, destacando a impessoalidade que é suscitada pela falta de diálogo e pela dificuldade de comunicação; fato que gera deficiência de entendimento sobre a sua condição de saúde e inibe a expressão de dúvidas e sentimentos. Colocar a experiência da gestante, o significado de suas queixas e os seus valores no centro da relação com os profissionais de saúde pode ser um dos caminhos para a assistência que considere necessidades para além daquelas definidas pelo modelo clínico.

As gestantes circulam em contextos marcados pelo “pluralismo médico”, porém este preceito ainda é alvo de resistência, especialmente com o processo de desvalorização de práticas de cuidado diferentes daquelas recomendadas pelo sistema oficial. Este estudo indica também que, para que haja maior aproximação entre gestantes e profissionais, há necessidade de se entender que a medicina “oficial” não é a única possibilidade de cuidado, sendo importante reconhecer que diferentes elementos socioculturais compõem as práticas de cuidados das gestantes.

Os desconfortos gerados pela sua condição de “paciente” no ambiente do hospital e os sentimentos de medo que afligem essas mulheres encontram alívio na distração oferecida pela televisão colocada na EIC, que funciona como ligação entre elas e a vida cotidiana, e também como elemento aglutinador, favorecendo a sociabilidade entre as gestantes e entre as gestantes e os profissionais. Este alívio também é encontrado nos momentos de descontração proporcionados pelas funcionárias da equipe de enfermagem e pelas residentes da Terapia Ocupacional. Entendendo que esses momentos são fundamentais para que a experiência dessas gestantes transcorra de forma mais saudável, sugere-se que sejam mantidos e replicados em outros cenários de cuidado.

Uma possível limitação deste estudo se deve ao fato de as

relações entre as gestantes e os profissionais terem sido analisadas apenas sob a ótica das gestantes, o que certamente se configura no aprofundamento de apenas uma das facetas da complexa realidade em questão. Novos estudos, portanto, deverão ser impulsionados, procurando focalizar o olhar dos profissionais da biomedicina, não esquecendo que sua formação é forjada dentro do sistema cultural biomédico, portanto um sistema cultural no qual as interações pessoais são organizadas de forma particular.

Este estudo enfatiza a importância de entender as subjetividades das gestantes, considerando a multidimensionalidade e subjetividades do ser humano, para assim, melhorar a relação entre profissionais e gestantes hipertensas, possibilitando negociações para satisfazer às necessidades próprias de saúde dessas mulheres e contribuir para que se resgate a cidadania e a democracia nos serviços de saúde e, acima de tudo, modificar a realidade da mortalidade materna.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.753-770, ago. 2001.

ARAÚJO, B. B. M; RODRIGUES, B. M. R. D; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 180-186, abr./jun.2008.

BONET, O. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/Ms n.º- 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades

em saúde. Ministério da Saúde, Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde, 3. ed. Brasília: MS. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da saúde; 2004.

_____. Portaria GM/MS n.º 653, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 mai. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde, Brasília: MS. 2001.

_____. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2000a.

_____. Portaria GM/MS nº 570, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, dF, 18 ago. 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

CAMARGO Jr., K. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CALVASINA, P. G. et al. "Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 371-380, fev. 2007.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 15, n. 3, p.647-654, jul./set. 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.139-146, 2004.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H. E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p. 654-662, set./out. 2005.

DELVECCHIO-GOOD, M. J. **American medicine**: the quest for competence. Berkeley: University of California Press, 1998.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.669-705, jul./set. 2005.

FILC, D. The medical text: between biomedicine and hegemony. **Soc. Sci. Med.**, Leicester, v.59, n.6, p.1275-1285, Sept. 2004.

FRANCIONI, F. F. **Compreendendo o processo de viver com**

Diabetes Mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina: das práticas de autoatenção ao apoio social. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GOOD, B. J. **Medicine, rationality, and experience:** an anthropological perspective. 3th ed. New York: Cambridge University Press, 1997.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO Jr., K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.1093-1103, dez. 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia:** competência e cuidado na atenção ao parto. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências, Departamento de Saúde Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

KLEINMAN, A. **The illness narrative:** suffering, healing & the human condition. New York: Basic Books, 1988.

_____. **Patients and healers in the context of culture:** an exploration of borderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Antropologia em primeira mão.** Florianópolis, n.12, p. 1-25, 1996.

_____; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.173-181, mai-jun. 2010.

LEE, R. G.; GARVIN, T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. **Soc. Sci. Med.**, Leicester, v.56, n.3, p. 449-464, Febr. 2003.

LEININGER, M.; MC FARLAND, M. **Culture care and diversity: a worldwide nursing theory**. 2 ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LUKÁCS, G. **Reification and the consciousness of the proletariat**. In: _____. History and class consciousness. London: MIT Press, 1971. p. 8-22.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.8, n.14, p.21-32, set.2003/fev.2004.

MATTINGLY, C. The concept of therapeutic 'emplotment'. **Soc. Sci. Med.**, Leicester, v. 38, n. 6, p. 811-822, 1994.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos, saberes e formas de atenção. In: _____. **Sujeitos, saber e estrutura: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p.17-70.

NATIONS, M. K, NUTO, S. A. S. Tooth worms, poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. **Soc. Sci. Med.**, Leicester, v.54, n.2, p.229-244, Jan. 2002.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**,

Botucatu,v.6, n.10, p. 63-74, fev. 2002.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.42, n.1, p.48-56, mar. 2008.

SULLIVAN, M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. **Soc. Sci. Med.**, Leicester, v.56, n.7, p. 1595-1604, Jun. 2003.

TAUSSING, M. Reification and the consciousness of the patient. **Soc.Sci. Med.**, Leicester, v. 14B, p.3-13, 1980.

WIKMAN, A.; MARKLUND, S.; ALEXANDERSON, K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. **J Epidemiol Community Health**, London, v.59, n.6, p. 450-454, jun.2005. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/59/6/450.full.pdf+html>>. Acesso em: 09 Jun. 2012.

WOLFF, J. L.; ROTER, D. L. Family presence in routine medical visits: a meta-analytical review. **Soc. Sci.Med.**, Leicester, v.72, n.6, p. 823-831, mar. 2011.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade materna causada pela hipertensão gestacional é um problema que me intriga desde o início da minha caminhada profissional, pois apesar dessas mortes serem evitáveis, sob o ponto de vista da biomedicina, e de, atualmente, existirem inúmeros recursos capazes de melhorar as condições de saúde dessas gestantes, ela continua ocupando lugar significativo nas estatísticas. A minha indignação com a realidade presenciada no decorrer desses anos, atuando como docente na área de saúde da mulher, e como membro do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná, me moveu a buscar um novo olhar investigativo, na tentativa de entender melhor esse fenômeno e, assim, poder contribuir para melhorar a qualidade da assistência oferecida a estas gestantes e, de alguma forma, ajudar na alteração de tal cenário.

As gestantes portadoras de hipertensão gestacional elaboram significados culturais, apresentam diferentes respostas às intervenções, à hospitalização e aos desafios e conflitos que a nova situação suscita; essas gestantes transitam em um contexto no qual o pluralismo médico é presente, e o relacionamento entre profissionais e clientes permite compartilhar experiências que, compreendidas, possibilitam aos primeiros, planejar as ações de cuidado, de forma mais congruente.

Quando delinee os objetivos deste estudo, não tinha ideia da sua complexidade. Isso foi se revelando paulatinamente, durante o exercício da observação participante, quando buscava o estranhamento do olhar biomédico, sempre predominante, desde minha formação profissional, mas agora, com o olhar de “estrangeira”, de quem quer conhecer e compreender as teias de símbolos e significados que envolvem o outro, sob o olhar “do outro”. Procurei manter esta premissa acesa durante todo o percurso investigativo, o que não quer dizer que a tenha alcançado na totalidade. Contudo, o esforço foi intencional, desde o delineamento do projeto, até a interpretação e validação dos dados “*êmicos*”.

No entanto, no desenvolvimento do estudo, deparei-me com algumas dificuldades pertinentes à minha inexperiência com a abordagem antropológica e ao limitado tempo de convívio com as gestantes, decorrente de um cronograma a ser vencido. Contudo, o método etnográfico me permitiu maior aproximação com o universo simbólico das gestantes hipertensas, de forma consciente e respeitosa, o que torna possível encerrar esta caminhada com um novo olhar. A interpretação cultural adotada no decorrer do processo mostrou-se um

recurso teórico-metodológico que possibilitou a construção do conhecimento sobre a gestante hipertensa e seu mundo – por vezes tão distante do “mundo” dos profissionais da saúde.

No início desta caminhada, identifiquei dois grandes desafios: estar junto com as informantes, observando, conversando e vivenciando a construção da experiência de ser gestante hipertensa, e o esforço intelectual necessário para compreender tal experiência. Desafios vencidos, meu entendimento acerca dessa experiência sofreu uma mudança bastante significativa, pois as conclusões do estudo revelam diversas facetas relacionadas aos objetivos propostos, e que serão apontadas a seguir.

Evidencia-se que as gestantes vivem emoções negativas, com destaque para o medo da própria morte e a do bebê, cujos significados são gerados a partir de informações compartilhadas entre elas, inicialmente, no meio familiar, mas também nos pequenos grupos sociais fora da família, assim como nos contatos que estabelecem com o sistema oficial de saúde.

As gestantes entendem que o calor provocado pela elevação da pressão arterial aquece o corpo internamente, provocando a elevação da temperatura da “água da bolsa”, o que leva à representação de que o evento pode “cozinhar o bebê”. O evento cria para si o desejo quase secreto de que a criança nasça logo, para se “livrar” desse desfecho. Embora esta explicação seja diferente da lógica adotada pela biomedicina, consubstancia um modo específico de lidar com o fenômeno, buscando articulações com ângulos subjetivos do mundo “*êmico*” dessas mulheres, e que fazem sentido para elas. Suas elaborações buscam esclarecer as alterações corporais e se baseiam em símbolos significativos, os quais são criados, recriados, compartilhados e articulados ao saber médico. Neste contexto, percebe-se a centralidade do corpo feminino no processo de nascimento, assim como a importância dada pelas mulheres à função social de gerar e parir.

O medo da própria morte, sempre presente, mas nem sempre expressado publicamente, guarda intimidade com a angústia relacionada ao temor intenso e pungente de não poder cuidar do filho que vai nascer, ou mesmo dos outros filhos. Com isso, a mulher sofre duplamente, ou seja, pela angústia relacionada com a possibilidade de perder a vida e, ao mesmo tempo, com a angústia silenciosa de não ter a oportunidade de exercer a maternidade, considerada “função” precípua da condição feminina.

O risco é vivenciado pelas gestantes de forma subjetiva, e a experiência da enfermidade é uma realidade construída por processos

significativos, intersubjetivamente partilhados, sobre as impressões sensíveis produzidas pelo próprio corpo. O significado de risco elaborado pelas mulheres está relacionado com os sinais e sintomas da hipertensão, que configuram ameaça à sua vida e à vida do bebê, como é revelado quando interpretam a possibilidade de o bebê “cozinhar” em função do calor sentido em decorrência da hipertensão.

A explicação para dar sentido aos acontecimentos, elaborada pelas gestantes, é criada com base no seu conhecimento e na maneira como “se sentem em risco”, sendo diferente da interpretação da biomedicina, que atribui o “risco” às alterações fisiológicas do corpo grávido.

As informações obtidas trazem à tona indicadores da importância de se realizar estudos que explorem tal fenômeno, considerando as características culturais das gestantes que vivenciam os transtornos hipertensivos. Inexistem publicações sobre o tema ou revisões de literatura que abordem o risco obstétrico e seus significados na perspectiva das gestantes. Estudos sobre o tema, realizados de forma sistemática, que valorizem a dimensão subjetiva do fenômeno, auxiliarão na sua compreensão e contribuirão para o preenchimento das lacunas que tal conhecimento revela. Futuros estudos deverão ser realizados, levando em conta além das condições clínicas o saber da gestante, da família e da equipe obstétrica.

Cabe aos profissionais de saúde uma reflexão acerca dos diferentes significados culturais atribuídos ao transtorno hipertensivo pelas gestantes, bem como buscar subsídios para aprofundar o conhecimento de suas subjetividades buscando oferecer assistência que alcance melhores níveis de qualidade.

Quanto às formas de atenção e de autoatenção à saúde é possível identificar que utilizam intencionalmente diferentes modalidades e saberes para tratar seus males. As mulheres confiam e seguem as recomendações feitas pelos profissionais e também utilizam práticas de autoatenção decorrentes da relação com a biomedicina. Ao mesmo tempo em que fazem uso da medicação prescrita pelos médicos obstetras, utilizam os medicamentos de forma similar, não completamente idêntica ao estabelecido na terapêutica clínica. Tal enquadramento torna-se um “aperfeiçoamento” às suas próprias perspectivas de cuidado, àquilo que faz sentido para elas, além de lançarem mão de substâncias conhecidas ou já utilizadas por alguém do grupo social.

No espaço domiciliar é comum o manuseio do esfigmomanômetro para o controle dos níveis tensionais, prática que foi

aprendida tanto com os profissionais, quanto com pessoas da família e com outros sujeitos significativos. Outra terapia frequentemente recomendada pelos profissionais e reapropriada pelas gestantes refere-se à dieta alimentar com restrição de sal, fazendo suas escolhas de forma relativamente autônoma, com base nas suas expressões culturais e de seus grupos de convivência, escolhendo alimentos que possuem significados específicos para a condição de saúde-doença.

Entre as práticas de autoatenção populares que não as reapropriadas da biomedicina, sobressai o uso de ervas medicinais, com distintos efeitos, com evidência para os chás, principalmente aqueles que possuem efeito diurético ou sedativo. Destaca-se o caráter doméstico das ações de atenção, decisões que são tomadas pelos membros do grupo familiar. Por outro ângulo, entre as práticas de autoatenção articuladas a partir de outros curadores especializados, se observou o fato de que as gestantes evangélicas recorrem com frequência aos pastores de suas igrejas, em busca de cuidado e conforto. Chama atenção o fato de que as gestantes não costumam revelar a utilização de outras formas de autoatenção, temendo julgamento por parte dos profissionais que, muitas vezes, estabelecem com elas uma relação superficial, dificultando suas expressões culturais.

Neste sentido, a vivência que tive com minhas informantes, no contexto hospitalar, por um tempo bastante longo, deve ser considerada uma limitação do estudo, pois pode ter influenciado neste tipo de comportamento que descrevi acima, e prejudicado a discussão desta temática. Embora este seja um “risco” a que está sujeito o etnógrafo, por força do próprio ofício, é importante considerar que as gestantes não são ingênuas e percebem muito bem que a cultura institucional é restritiva e que as relações de poder não são harmônicas, como se pôde constatar nos resultados apresentados e discutidos nos três artigos científicos que compõem esta tese.

No tocante à relação com os profissionais de saúde pode-se concluir que elas aceitam a atenção profissional e a hospitalização, as quais se configuram como a alternativa mais adequada para amenizar seus medos. Contudo, quase sempre, as orientações fornecidas pelos profissionais ficam restritas à necessidade de verificação frequente da pressão arterial, ao repouso e à vigilância da dieta hipossódica.

O estudo mostra que existe pouco diálogo com as gestantes sobre sinais e sintomas da hipertensão ou sobre suas complicações, e que a *performance* adotada durante a realização da visita médica e a discussão dos casos clínicos se baseia no modelo explicativo da *disease*, utilizando linguagem técnica, o que dificulta às gestantes compreenderem muitos

dos termos utilizados, resultando em um sério obstáculo à interação com elas. O raciocínio clínico, impresso no processo formativo da obstetrícia, quando engendrado na discussão dos “casos clínicos” das gestantes hipertensas hospitalizadas, acaba por reelaborar as narrativas das mulheres, transformando o que elas dizem, como “pacientes”, em linguagem médica, o que resulta em um afastamento ainda maior da relação. Observa-se que as gestantes, muitas vezes, se sentem inibidas para expressar dúvidas e sentimentos, e que não têm suas experiências reconhecidas por estes profissionais, ratificando que a relação pessoal é negligenciada e a mulher não é respeitada como sujeito. Muitas vezes, nem sequer são consultadas ou informadas sobre as condutas terapêuticas, como ocorre, por exemplo, quando os profissionais decidem pela alteração da terapêutica medicamentosa, pela realização de exames laboratoriais ou pelo internamento hospitalar.

Essas constatações nos levam a referendar que uma parte bem representativa dos profissionais não tem preparo adequado para qualificar a escuta e entender os significados atribuídos à doença, além de dificultar a abertura para que as diferentes formas de autoatenção utilizadas para explicar e tratar o processo saúde-doença sejam expostas pelas gestantes, inviabilizando assim o diálogo simétrico e espontâneo, comprometendo, portanto, a qualidade do cuidado. Neste cenário, a gestante é destituída de autonomia, de vontades e de singularidade, revelando a “coisificação” da relação estabelecida entre profissionais e gestantes, distanciando-se claramente das políticas de humanização que vêm sendo propagadas no Brasil, nos últimos anos. Por outro lado, é necessário repensar que a formação dos profissionais ocorre de acordo com o sistema cultural biomédico, que ainda adota um modelo pedagógico que privilegia disciplinas acadêmicas onde prevalecem conhecimentos técnicos e valorização de aspectos centrados essencialmente na clínica, em detrimento de valores humanos demandados, por exemplo, da dimensão antropológica. Este modelo que, de modo global, está direcionado a formar “especialistas em doenças”, acaba levando o futuro profissional a intervir com comportamentos e decisões fortemente tingidos pelas nuances deste sistema cultural, no qual praticamente não há espaço (e sequer habilidade) para compartilhar decisões e discuti-las com as gestantes.

A relação com os profissionais de enfermagem assume um caráter menos impessoal e revela maior proximidade entre as partes, o que demonstra que, no momento em que os profissionais utilizam fatos do cotidiano para intermediar essa interação, estabelecem uma ponte entre os diferentes contextos culturais, permitindo uma maior

aproximação com a gestante e favorecendo a expressão das suas subjetividades. Tal postura alerta para a importância de se valorizar o diálogo, a escuta e a experiência da gestante, o que permite aos profissionais o conhecimento e o entendimento do significado das queixas e dos valores dessas usuárias, utilizando-os como ferramenta para a aproximação entre ambos, na busca de uma assistência mais humana. Contudo, a atuação dos enfermeiros, no contexto geral do estudo, também mostra a necessidade de se refletir sobre o seu papel e o espaço que vêm ocupando no cuidado direto às gestantes, seja em nível ambulatorial ou nas clínicas de internação.

A relação com as profissionais da TO se diferencia pelo *emplotment* criado por essas profissionais. Percebe-se que a relação entre elas e as gestantes vai além do cuidado técnico, criando espaço para que as mesmas se expressem e, à medida que permitem a expressão de suas subjetividades, envolvem-nas no processo de cuidado. Na dura realidade da internação, os lenitivos para o enfrentamento, invariavelmente, são buscados na televisão e nos horários de visitação, que contribuem para promover a descontração e a sociabilidade das gestantes, que ali permanecem por longos períodos; às vezes, por meses.

Uma das limitações da abordagem desta temática deve-se ao fato que, ao dar voz apenas às gestantes, não se abriu espaço para os profissionais expressarem suas opiniões, o que certamente daria uma dimensão mais abrangente a respeito dos modos interativos e às performances adotadas nos diversos e inúmeros encontros entre profissionais e “clientes” no mundo do hospital. Por isso, fica aqui também a recomendação para que outros estudos sejam desenvolvidos, visando projetar outras luzes nesta dimensão da relação terapêutica.

As gestantes, apesar de expressarem algum descontentamento em relação ao Serviço Público, consideraram o atendimento recebido satisfatório, entendendo-o como a melhor alternativa para amenizar seus medos, e protegê-las das intercorrências impostas a elas e aos bebês pela hipertensão gestacional.

As conclusões deste estudo demonstram que o cuidado prestado às mulheres portadoras de hipertensão gestacional deve envolver, além da compreensão de aspectos biológicos e epidemiológicos, aspectos sociais, culturais e éticos, articulados no contexto de atuação da equipe de saúde. No tocante aos significados culturais, a contribuição deste estudo se dá no sentido de alertar os profissionais de saúde que existem diferentes explicações impingidas à hipertensão gestacional, e que a subjetividade de cada gestante precisa ser considerada e respeitada.

É essencial que já no período de sua formação, os profissionais

aprendam a ouvir as gestantes para conhecer, aceitar e compreender os significados culturais como estratégia para aproximar as concepções populares e biomédicas, no que se refere à hipertensão gestacional. A capacitação para ouvi-las genuinamente, assim como o estabelecimento de diálogo compreensivo, pode implicar a diminuição do sofrimento causado pelo medo que as fragilizam durante a gestação, além de possibilitar assistência mais respeitosa, resultando em uma experiência mais tranquila e saudável para as gestantes, além de viabilizar maior aproximação com a filosofia de humanização da assistência no sistema oficial de saúde. Recomenda-se, portanto, o conhecimento e a valorização do contexto cultural dessas mulheres, a fim de que se possa compreender e valorizar as suas experiências de doença, prestar assistência humanizada e de qualidade, que atenda as suas expectativas e, assim, interferir no cenário da mortalidade materna.

Em relação às formas de atenção utilizadas pelas gestantes, a contribuição deste estudo se faz demonstrando a necessidade de que os profissionais reconheçam que essas mulheres se enredam num processo que é construído no grupo social. Além disso, tomam decisões sobre como fazer e o que fazer frente aos padecimentos, com base nas suas subjetividades e experiências, porque sentem a “sua” doença de forma diferente do conhecimento da especialidade obstétrica. É primordial que os profissionais criem um espaço para articulação dos diferentes sistemas de cuidado, para trazer à discussão todas as formas de autoatenção utilizadas, de modo que se torne possível criar pontes de comunicação entre ambas, melhorando assim o atendimento prestado no sistema oficial de saúde.

Há necessidade de reorientar a formação profissional e refletir sobre o paradigma que norteia esse processo, cujo problema maior diz respeito à centralidade do biologicismo, desconsiderando a multidimensionalidade e as subjetividades das gestantes portadoras de transtornos hipertensivos ou outros fenômenos considerados de “alto risco”. De modo geral, é relevante ampliar o foco de atenção ao ser humano, incluindo as referências socioculturais do contexto daqueles que vivenciam o processo de adoecimento. Assim, é indispensável que a formação dos profissionais de saúde, ainda fortemente ancorada nos princípios da biologia, valorize e aprofunde a discussão dos conteúdos relacionados às ciências humanas, ou seja, conhecimentos de filosofia, antropologia e sociologia durante o processo formativo, como recomendam as diretrizes curriculares, considerando alternativas pedagógicas que levem à incorporação de conhecimento destas ciências que contribuam para nova postura profissional.

Cabe aos professores e também aos gestores de serviços de saúde equipar alunos e profissionais com habilidades para enxergar, compreender e respeitar o doente enquanto sujeito. É fundamental que se abram espaços para repensar não apenas a formação, mas a prática profissional como um todo, seja do ponto de vista técnico/clínico e também das competências relacionais, para que a interação terapêutica seja inclusiva, compreensiva e centrada nas mulheres usuárias das maternidades, “de risco” ou “sem risco”. Considera-se fundamental que os profissionais adotem em sua prática diária uma postura mais dialógica, criando espaços etnográficos que dêem margem a negociações, para satisfazer as necessidades de saúde dessas mulheres, valorizando a experiência e a cultura dessas gestantes, que podem ser, inclusive, distintas das suas.

Percebe-se que o discurso interdisciplinar e da humanização, presente em políticas públicas e em documentos oficiais, não é uma prática no serviço de saúde cenário da pesquisa, o que aponta a necessidade de outros estudos que busquem identificar com tais políticas vem sendo implementadas nos serviços de saúde.

Recomenda-se aos gestores que, ao elaborar as políticas de saúde para a mulher e protocolos a serem implementados nas instituições de saúde, consideram os significados culturais atribuídos pelas gestantes, uma vez que a falta de valorização do olhar antropológico no contexto da formação e da assistência, dificilmente permitirá aos profissionais coletar essas informações.

A diminuição dos índices de mortalidade materna se mostra como um grande desafio para os profissionais de saúde, de forma especial para a enfermagem, considerando que o seu objeto de trabalho é o cuidado na sua dimensão individual ou coletiva, e que a gravidez por si só já coloca a mulher numa situação de fragilidade, sujeita ao processo de medicalização. Quando a essa experiência se soma a hipertensão gestacional, reforça-se a perene intranquilidade das mulheres, frente a algo que, além de fazê-las enfrentar as probabilidades e consequências do “risco” demandando dos fundamentos clínico-obstétricos, faz com que tenham ainda que buscar mecanismos para a superação de suas próprias noções de “risco”, cujas implicações, quase sempre, são vivenciadas em silêncio e numa condição de isolamento.

Diante dessa complexidade, torna-se necessário ao enfermeiro e aos demais profissionais, o exercício do compartilhamento de experiências com essas mulheres, o que certamente resultará em novos saberes e novas práticas que contribuam para uma atuação mais efetiva na redução dos índices das mortes maternas.

Assim, este estudo não esgota a temática, mas se mostra como um indicativo da necessidade de novas investigações, que busquem contribuir para o atendimento das necessidades das gestantes hipertensas, para a compreensão de suas experiências e para a criação de espaços de cuidado onde as relações sejam respeitadas e antropológicamente fundamentadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.753-770, ago. 2001.

ALVES, P. C. A. Experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./set. 1993.

AMÉZCUA, M. El trabajo de campo etnográfico en salud: una aproximacion a la observación participante. **Index de Enfermería**, Granada-Espanha, año IX, n. 30, p.30-35, Otoño 2000.

ANDRÉ, M. E. D. A de. **Etnografia na prática escolar**. 13. ed. Campinas: Papiros, 2007.

ARAÚJO, B. B. M; RODRIGUES, B. M. R. D; RODRIGUES, E. C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 180-186, abr./jun.2008.

ARAÚJO, D. M. R; PEREIRA, N. L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.747-756, abr. 2007.

ARAÚJO, M. J. O. Campanha internacional contra a morte materna completa 13 anos. **Jornal da Rede Saúde**. 2000; maio; n. 20, p.3-4. Disponível em:
<<http://www.redesaude.org.br/Homepage/JornaldaRede/JR20/Jornal%20da%20Rede%20n%BA%2020.pdf>> . Acesso em: 25 set. 2009.

BARRÓN, L. M. A.; RODRIGUES, V. E. Violência intrafamiliar como factor de riesgo em mujeres embarazadas. **Desarollo Cient. Enferm.**, Tlanepantla, v.14, n.3, p.77-80, abr. 2006. Disponible en: <<http://www.index-f.com/dce/14/14-77.php>>. Acesso em: 20 mai. 2009.

BECKER, S. G. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2011.

BOEHS, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional**. 2001. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

BOEHS, A. E. et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n. 2, p. 307-314, abr./jun. 2007.

BONET, O. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim1/2012**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.vi_sualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_mortalidade-materna-no-%20%20brasil.> Acesso em: 18dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º- 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009**: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Ministério da Saúde, Brasília: MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres. **Textos e roteiros de discussão para as conferências municipais e/ou regionais e conferências estaduais de políticas para as mulheres**. Brasília: MS. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: MS. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da saúde; 2004.

_____. Portaria GM/MS n.º 653, de 28 de maio de 2003. Estabelece que o óbito materno passe a ser considerado evento de notificação compulsória. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 mai. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde, Brasília: MS. 2001.

_____. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2000a.

_____. Portaria GM/MS n.º 570, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, dF, 18 ago. 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 3. ed. Brasília: MS, 2000c.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Brasília: O Conselho, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

CAMARGO Jr., K. **Biomedicina, saber e ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CALVASINA, P. G. et al. “Fraqueza de nascença”: sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 371-380, fev. 2007.

CAPRARA, A. 2003. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.923-931, jul/ago. 2003.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 15, n. 3, p.647-654, jul./set. 1999.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.139-146, 2004.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Afrontamento, 1998.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível**: saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

CITELI, M. T. A reprodução humana na pauta dos jornais brasileiros (1996-2000). In: OLIVEIRA, F. et al. (Org.). **Olhar sobre a mídia**. Belo Horizonte: Mazza, 2002. p. 184-213.

COSTA, G. M. C. **Deixar de ser mulher**: conhecimento e significado cultural da menopausa. 2007. 248p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H. E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p. 654-662, set./out. 2005.

CUNHA, E. F. C. et al. Aspectos socioemocionais de mães de bebês prematuros. **Psicologia em foco**. v.3, n.2. jan-jun. 2009. p.35-43.

CUNHA, S. P.; COSTA, F. S.; DUARTE, G. Doença Hipertensiva Específica da Gravidez. In: GUARIENTO, A.; MAMED, J. A. V. (Org.). **Medicina materno-infantil**. São Paulo (SP): Atheneu, 2001. p. 713-720.

DATASUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM**. Disponível em: ><http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 7 out. 2011.

DELVECCHIO-GOOD, M. J. **American medicine: the quest for competence**. Berkeley: University of California Press, 1998.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.669-705, jul./set. 2005.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Rev. Enferm Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, jan-mar, p. 177-181, 2010.

DOUGLAS, M. **Risk and blame: essays in cultural theory**. Londres: Routledge, 1994.

DOURADO, V. G. **Gravidez de alto risco: a vida e a morte entre os significados da gestação**. 2005, 19 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2005.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

_____. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: DUARTE, L. F. D., LEAL, O. F (org.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 9-27.

_____. Os nervos e a antropologia médica norte- americana: uma revisão crítica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.3, n.2, p. 43-73, 1993.

ELSEN, I.; MONTICELLI, M. Nas trilhas da etnografia: reflexões em relação ao saber em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n.2, p.193-197, mar./abr. 2003.

FERRÃO, M. H. L.; PEREIRA, A. C. L.; GERSGORIN, H. C. T. S. et al. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v.52, n.6, p.390-394, 2006.

FERREIRA, J. O corpo sógnico. In: ALVES, P.C.; MINAYO, M.C.S. Orgs. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p.101-112.

FILC, D. The medical text: between biomedicine and hegemony. **Soc. Sci. Med.**, Leicester, v.59, n.6, p.1275-1285, Sept. 2004.

FRANCIONI, F. F. **Compreendendo o processo de viver com Diabetes Mellitus em uma comunidade de Florianópolis, Santa Catarina**: das práticas de autoatenção ao apoio social. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. ed. 13 reimpr. Rio de Janeiro: LTC, 2008a.

_____. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008b.

GELLER, S. E. et al. The continuum of maternal morbidity and

mortality: factors associated with severity. **Am J Obstet Gynecol**; v.191, n.3, p.939-944, set. 2004.

GOOD, B. J. **Medicine, rationality, and experience**: an anthropological perspective. 3th ed.. New York: Cambridge University Press, 1997.

_____. The heart of what's matter: the semantic of illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 1, n.1, p. 25-58, abr. 1977.

GOMES, F. A. et al. Mortalidade materna na perspectiva do familiar. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v.40, n.1, p. 50-56, mar. 2006.

GOMES, R. et al. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.4, p.62-67, jul. 2001.

GRAY, N.J. et al. Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. **Soc. Sci. Med.**, v.60, n.7, p.1467-78, 2005.

GUALDA, D. M.R. et al. O corpo e a saúde da mulher. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.spe2, p. 1320-1325. dez.2009.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a30v43s2.pdf>>. Acesso em: 19 fev.2012.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO Jr., K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.1093-1103, dez. 2006.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia**: competência e cuidado na atenção ao parto. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências, Departamento de Saúde Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
Metodologia das estimativas das populações de 128 municípios e Distrito federal para 2007. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/metodologia_estimativas.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2009.

JORDAN, B. Authoritative knowledge and its construction. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Org.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkerley: University of California Press, 1997. cap.1, p. 55-79.

KLEINMAN, A. **The illness narrative**: suffering, healing & the human condition. [S.l.]: Basic Books, 1988.

_____. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

_____. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. Med.**, v.12.n.2, p.85-93. 1978.

LANGDON, E. J. Cultura e os processos de saúde e doença. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, IV, 2003, Londrina. **Anais**, Londrina. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2003. p. 91-107.

_____. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Antropologia em primeira mão**. Florianópolis n.12, p1-25. 1996.

_____. **A negociação do oculto**: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico. Florianópolis. 1994. (Concurso Professor Titular) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

_____. **Conceito de cultura**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1991. 8 p. Texto mimeografado.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.173-181, mai-jun. 2010.

LEAL, M.V.P. Conhecimentos e sentimentos de mulheres portadoras de doença hipertensiva específica da gravidez. **R B P S**, v.17, n. 1, p.21-26, 2004.

LEE, R. G.; GARVIN, T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. **Soc. Sci. Med.**, Leicester, v.56, n.3, p. 449-464, Febr. 2003.

LEININGER, M.; MC FARLAND, M. **Culture care and diversity**: a worldwide nursing theory. 2 ed. Boston (USA): Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LEININGER, M. **Cultural care diversity and universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

_____. Ethnomethods: the philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowlegde. **J Transcultural Nurse**. v.1, n.2, p.

40-51, 1990.

_____. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices.** New York (US): Jonh Wiley, 1978.

LIMA, C. M. G. de. et al. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.21-30, jan.1996.

LUKÁCS, G. **Reification and the consciousness of the proletariat.** In: _____. **History and class consciousness.** London: MIT Press, 1971. p.8-22.

LUPTON, D. **Risk.** Nova York: Routlege, 1999.

MARTIN, D. et al. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, p.178-80, jan./fev. 2006.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.8, n.14, p.21-32, set.2003/fev.2004.

MARTINS, A. L. **Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, de 1993 a 1998.** 2000.62f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa. 2000.

MARTINS, M. et al. A produção de conhecimento sobre hipertensão gestacional na pós-graduação *stricto sensu* da enfermagem brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.4, p.802-808, 2012.

MARTINS, M. **A transição de saúde-doença vivenciada por gestantes hipertensas mediada pelo cuidado educativo de enfermagem**. 2001, 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

MARTINS-COSTA, S. et al . Causas da mortalidade materna no Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS. Análise de 15 anos. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.19, n. 9, p.507-513, out. 1997.

MATTINGLY, C. The concept of therapeutic ‘emplotment’. **Soc. Sci. Med.**, Leicester, v.38, n.6, p. 811-822, 1994.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos, saberes e formas de atenção aos padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In:_____. **Sujeitos, saberes e estruturas**. Uma introdução ao enfoque relacional nos estudos da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009, p.17-70.

_____. Estilos de vida, risco e construção social In: _____. **Sujeitos, saber e estrutura**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec. 2009, p.71-138.

_____. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 185-206, 2003.

_____. Antropologia médica e epidemiologia. Processo de convergência ou processo de medicalização? In: ALVES, P.C.; RABELO M.C. (Org.). **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p.71-93

_____. Modelo médico hegemónico y atención primaria. In: **Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud**. 1988, 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988. p. 451-464. Disponible en:

<<http://hvn21.netfirms.com/indice/sevicios/biblio/Salud%20Publica/Salud%20PFablica%20II/Men%E9ndez%20-%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%F3nico%20y%20APS.pdf>>.
Aceso em: 1 abr. 2010.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **O desafio do conhecimento**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTICELLI, M.; QUEVEDO, J. E. C.; REYNA, M. A. V.
Etnografia: bases teórico-filosóficas y metodológicas y sus aplicaciones en enfermería. In: PRADO, M. L.; SOUZA, M. L.; CARRARO, T. E. (Org.). Washington: Organización Panamericana de Enfermería, 2008. cap.10, p. 131-146.

MONTICELLI, M.; ELSÉN, I. El hospital como una realidad clínica: una comprensión a partir de encontro entre las trabajadoras de enfermería y las familias de un servicio de alojamiento conjunto.
Horizonte de Enfermería, Santiago, v.15, p. 37-52, 2004.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de Alojamento Conjunto**. 2003. 472f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

_____. **Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo: Robe, 1997.

MOREIRA, R. C. R. **Compreendendo a mulher com doença hipertensiva específica da gestação: uma abordagem fenomenológica**. 2005. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de

Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2005.

NAKAMURA, E. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: Nakamura, E; Martin, D; Santos, J.F.Q. (Org.). **Antropologia para a enfermagem**. Barueri, São Paulo: Manole, 2009, p.15-35.

NATIONS, M. K, NUTO, S. A. S. Tooth worms, poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. **Soc. Sci. Med.**, Leicester, v.54, n.2, p.229-244, Jan. 2002.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2006.

NETO, C. N.; SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Tratamento da pré-eclâmpsia baseado em evidências. **Rev. Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.32, n.9, p.459-468, set. 2010.

ODENT, M. **Cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, C. A; LINS, C. P.; SÁ, R. A. M. et.al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6, n.1, p. 93-98. jan./mar., 2006.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.6, n.10, p. 63-74, fev. 2002.

OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. 3.ed. São Paulo: UNESP. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Décima Revisão. Versão 2008. Volume I disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em: 14 dez. 2009.

PEIRANO, M. **A favor da etnografia**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

PICCININI, A. C. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v.20, n.3, p. 223-232, set./dez. 2004.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Etnografia. In:_____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p. 271-272.

SANTOS, C. **A história de vida de gestantes de alto risco na perspectiva da teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger**. 2003. 157f. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

SARGENT, C. F.; BASCOPE, G. Ways of knowing about birth in three cultures. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C. F. (Orgs.). **Childbirth and authoritative knowledge**. Berkerley: University of California Press, 1997. cap.7, p. 183-208.

SARMENTO, R.; SETUBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciênc. Med.**, Campinas, v.12, n.3, p.261-168, jul./set. 2003.

SHATZMAN, L.; STRAUSS, A.L. **Field research**: strategies for a natural sociology. New Jersey: Privitive-Hall, 1973.

SILVA, D. M. G. V. **Narrativas do viver com Diabetes Mellitus:** experiências pessoais e culturais. Florianópolis: Editora UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001. (Série Teses em Enfermagem, 27).

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.42, n.1, p.48-56, mar. 2008.

SOARES, V.; MARTINS, A. A trajetória e experiência dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna do Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v.6, n.4, p.453-460, out. /dez. 2006.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.150-155, mar. 2008.

SOUZA, J. P. et al. An emerging “maternal near miss syndrome” narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. **Birth**, Malden, v.36, n.2, p.149-157, jun. 2009.

SOUZA, J. P. et al. Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.255-264, fev. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200003>>. Acesso em: 15 nov. 2011.

SULLIVAN, M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. **Soc. Sci. Med.**, Leicester, v.56, n.7, p. 1595-1604, Jun. 2003.

TAUSSING, M. **The nervous system**. New York: Routledge, 1992.

_____. Reification and the consciousness of the patient. **Soc. Sci.**

Med., Leicester, v. 14B, p.3-13, 1980.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Rev Estud Fem**. Florianópolis, v.10, n.2 p.483-492, jul-dez. 2002.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, out./dez. 1994.

VACHOD, L. **Ambivalência e medos**: um estudo das representações das gestantes hipertensas. 1996. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação e Pesquisa em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1996.

VASQUES, P. A. F. **Pré-natal**: um enfoque multiprofissional. Rio de Janeiro: Rubio, 2006.

WIKMAN, A.; MARKLUND, S.; ALEXANDERSON, K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. **J Epidemiol Community Health**, London, v.59, n.6, p. 450-454, jun.2005. Disponible in: <<http://jech.bmj.com/content/59/6/450.full.pdf+html>>. Access in: 09 Jun. 2012.

WOLFF, J. L.; ROTHER, D. L. Family presence in routine medical visits: a meta-analytical review. **Soc. Sci.Med.**, Leicester, v.72, n.6, p. 823-831, mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality**: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank 1990 to 2008. Geneva, 2010.

YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. **Ann. Rev. Anthropol.**, Palo Alto, v.11, p.257-285, 1982.

_____. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. **American Anthropologist**. New Orleans, v.78, n.1, p. 5-24. 1976.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Rev. Gaucha Enfermagem**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.140-166, Janeiro, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NO AMBULATÓRIO

Nº da observação _____

Local _____

Data _____

Hora _____

Duração _____

Dados de identificação da gestante

Nome fictício:

Idade:

Estado civil:

Religião:

Grau de escolaridade:

Emprego ou ocupação:

Gesta: _____ Para: _____

Idade gestacional:

Nº da consulta no ambulatório:

Dados de identificação dos profissionais

Nome fictício:

Formação profissional:

Titulação acadêmica:

FASE DE OBSERVAÇÃO E ESCUTAR ATIVO (FASE 1 DA OPR)

- Como as gestantes são atendidas na recepção
- Postura, gestos e expressões do pessoal técnico-administrativo
- Postura, gestos e expressões das gestantes
- Postura, gestos e expressões dos profissionais de saúde
- O que as gestantes fazem durante a espera
- Com quem elas conversam
- Quais os assuntos das conversas
- Quem as acompanha e como os acompanhantes participam das conversas
- Atitudes das gestantes (levantam, caminham, comem...)

- Estado emocional demonstrado pelas gestantes (nervosismo, calma, impaciência)
- Maneira com que o profissional recebe a gestante e acompanhante no consultório
- Durante a consulta o que o profissional pergunta à gestante e como o faz
- Durante a consulta o que a gestante responde e como o faz
- Durante a consulta o que a gestante pergunta e como o faz
- Durante a consulta o que o profissional responde e como o faz
- Queixas e dúvidas apresentadas pela gestante durante a consulta
- Como é feito o exame físico e formas de comportamento da gestante durante o mesmo
- Participação do acompanhante durante a consulta (forma e conteúdo)
- Orientações profissionais feitas durante a consulta (forma e conteúdo)
- Terapêutica ou cuidados prescritos e/ou indicados à gestante para seguimento domiciliar
- Tempo de duração da consulta

FASE DE OBSERVAÇÃO COM LIMITADA PARTICIPAÇÃO E DE PARTICIPAÇÃO COM OBSERVAÇÃO CONTINUADA (FASE 2 E 3 DA OPR)

- Justificativas da gestante para a realização de fazer o pré-natal neste hospital
- Como denomina sua condição de saúde
- Relatos sobre o início e transcorrer dos primeiros meses da gestação
- Cuidados tomados em relação à gestação antes do diagnóstico de hipertensão gestacional
- Hábitos alimentares antes do diagnóstico de hipertensão gestacional
- Percepções sobre o início de que algo não ia bem na gravidez
- Relatos sobre os primeiros os primeiros sinais e sintomas
- Relatos sobre os terapeutas/profissionais contados e /ou procurados antes de vir ao ambulatório do hospital
- Relatos sobre as atitudes e decisões tomadas neste momento
- Cuidados tomados em relação à gestação após o diagnóstico de hipertensão gestacional
- Com quem conversava sobre o assunto e atitudes tomadas
- Participação dos familiares e amigos
- Sentimentos ao saber que era portadora de hipertensão
- Atitudes ou ações
- Início do tratamento clínico

- Orientações recebidas dos profissionais durante as consultas
- Terapeutas procurados e/ou indicados
- Relatos sobre práticas religiosas
- Hábitos alimentares depois do diagnóstico de hipertensão gestacional
- Como se cuida/trata atualmente
- Concepções sobre o atendimento que recebe no hospital
- Opinião sobre os profissionais que atuam no hospital
- Dificuldades enfrentadas durante a gestação relacionadas á autoatenção
- Relatos sobre as formas de enfrentamento das dificuldades relacionadas a autoatenção
- Dificuldades enfrentadas durante a gestação relacionadas ao cotidiano
- Relatos sobre as formas de enfrentamento das dificuldades relacionadas ao cotidiano
- Expectativas sobre sua condição de saúde e como vê a expectativa dos profissionais sobre a sua condição de saúde
- O que gestante e acompanhante fazem, decidem e conversam após as consultas medica e de enfermagem no ambulatório

FASE DE REFLEXÃO E RECONFIRMAÇÃO COM OS INFORMANTES (FASE 4 DA POR)

Nesta etapa serão realizadas reconfirmações com os informantes da pesquisa sempre que houver necessidade a partir das reflexões que ocorrerem nas etapas anteriores da OPR.

Caso exista demanda compreensiva será realizada também entrevista etnográfica com as gestantes, buscando maior aderência significativa com relação aos três objetivos da pesquisa.

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NA ENFERMARIA DE INTERNAÇÃO CLÍNICA

Nº da observação _____

Local _____

Data _____

Hora _____

Duração _____

Dados de identificação da gestante

Nome fictício:

Idade:

Estado civil:

Religião:

Grau de escolaridade:

Emprego ou ocupação:

Gesta: _____ Para: _____

Idade gestacional:

Nº do internamento:

Dia de internamento:

Dados de identificação dos profissionais

Nome fictício:

Formação profissional:

Titulação acadêmica:

FASE DE OBSERVAÇÃO E ESCUTAR ATIVO (FASE 1 DA OPR)

- Como as gestantes são atendidas no Alojamento Conjunto
- Postura, gestos e expressões do pessoal técnico-administrativo
- Postura, gestos e expressões das gestantes
- Postura, gestos e expressões dos profissionais de saúde
- O que as gestantes fazem durante o internamento
- Com quem elas conversam
- Quais os assuntos das conversas
- Quem as visita e como os visitantes participam das conversas
- Atitudes das gestantes (levantam, caminham, comem...)
- Estado emocional demonstrado pelas gestantes (nervosismo, calma,

impaciência)

- Quem são os profissionais que cuidam das gestantes
- Maneira com que os profissionais se relacionam com a gestante
- Qual o clima que se estabelece nesta interação.
- Qual a rotina de cuidado na enfermaria
- Quais as atividades de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde
- O que o profissional de enfermagem pergunta à gestante e como o faz
- O que a gestante responde e como o faz
- O que a gestante pergunta ao profissional de enfermagem e como o faz
- O que o profissional de enfermagem responde à gestante e como o faz
- Orientações dos profissionais de enfermagem feitas durante a prática do cuidado (forma e conteúdo)
- Durante a visita médica o que o profissional pergunta à gestante e como o faz
- Durante a visita médica o que a gestante responde e como o faz
- Durante a visita médica o que a gestante pergunta e como o faz
- Durante a visita médica o que o profissional responde e como o faz
- Queixas e dúvidas apresentadas pela gestante durante visita médica
- Como é feito o exame físico e formas de comportamento da gestante durante o mesmo
- Orientações profissionais feitas durante a visita médica (forma e conteúdo)
- Terapêutica ou cuidados prescritos e/ou indicados à gestante
- Tempo de duração da visita médica

FASE DE OBSERVAÇÃO COM LIMITADA PARTICIPAÇÃO E DE PARTICIPAÇÃO COM OBSERVAÇÃO CONTINUADA (FASE 2 E 3 DA OPR)

- Justificativas da gestante para o seu internamento neste hospital
- Como denomina sua condição de saúde
- Relatos sobre o início e transcorrer dos primeiros meses da gestação
- Cuidados tomados em relação a gestação antes do diagnóstico de hipertensão gestacional
- Hábitos alimentares antes do diagnóstico de hipertensão gestacional
- Percepções sobre o início de que algo não ia bem na gravidez
- Relatos sobre os primeiros os primeiros sinais e sintomas
- Relatos sobre os terapeutas/profissionais contados e /ou procurados antes de vir ao hospital
- Relatos sobre as atitudes e decisões tomadas neste momento

- Cuidados tomados em relação a gestação após o diagnóstico de hipertensão gestacional
- Com quem conversava sobre o assunto e atitudes tomadas
- Participação dos familiares e amigos
- Sentimentos ao saber que era portadora de hipertensão
- Sentimentos ao saber que necessitava de internamento
- Atitudes ou ações
- Início do tratamento clínico
- Orientações recebidas
- Terapeutas procurados e/ou indicados
- Relatos sobre práticas religiosas
- Hábitos alimentares depois do diagnóstico de hipertensão gestacional
- Hábitos alimentares durante o internamento
- Como se cuida durante o internamento
- Concepções sobre o atendimento que recebe no hospital
- Opinião sobre os profissionais que atuam no hospital
- Dificuldades enfrentadas durante a gestação relacionadas a autoatenção
- Relatos sobre as formas de enfrentamento das dificuldades relacionadas a autoatenção
- Dificuldades enfrentadas durante a gestação relacionadas ao cotidiano
- Relatos sobre as formas de enfrentamento das dificuldades relacionadas ao cotidiano
- Dificuldades enfrentadas durante a gestação relacionadas ao internamento
- Relatos sobre as formas de enfrentamento das dificuldades relacionadas ao internamento
- Expectativas sobre sua condição de saúde
- O que as gestantes fazem e conversam após as visitas medica e atendimentos de enfermagem na enfermaria

FASE DE REFLEXÃO E RECONFIRMAÇÃO COM OS INFORMANTES (FASE 4 DA OPR)

Nesta etapa serão realizadas reconfirmações com os informantes da pesquisa sempre que houver necessidade a partir das reflexões que ocorrerem nas etapas anteriores da OPR.

Caso exista demanda compreensiva será realizada também entrevista etnográfica com as gestantes, buscando maior aderência significativa com relação aos três objetivos da pesquisa.

APÊNDICE C - MODELO DO DIÁRIO DE CAMPO

NOTAS DE OBSERVAÇÃO (descritores) EIC – 30-03-11 quarta feira 7:30-10:10	NOTAS TEÓRICAS
<p><i>Ao chegar ao hospital me dirigi à secretaria da EIC e encontrei a secretária “C”. Conversamos alguns minutos sobre os internamentos e sobre assuntos pessoais. Verifiquei a lista de pacientes internadas e me certifiquei que NFLA ainda estava na EIC.</i></p> <p><i>Lavei as mãos e me dirigi ao posto de Enfermagem. As enfermeiras L e D estavam sentadas realizando suas atividades. L trabalhava na escala e D conferia as prescrições médicas. Conversamos alguns minutos sobre a rotina do serviço e sobre minha pesquisa.</i></p> <p><i>Dirigi-me à EIC. Ao entrar cumprimentei a todas, procurando ser simpática. Havia na enfermaria, além de NFL, outras três gestantes não hipertensas, e também um grupo de quatro alunos da graduação em enfermagem, acompanhados da professora. Como os dias anteriores, a televisão estava ligada.</i></p> <p><i>Conversei um pouco com cada uma das gestantes. Falamos sobre as notícias que estavam sendo apresentadas na TV,¹ e então, propositadamente, me dirigi à NFL. Ela estava com ar cansado, os cabelos desarrumados e vestia uma camisola do hospital. Na sua mesa</i></p>	<p>A TV é uma distração para as gestantes.</p> <p>Parece ser um lenitivo para vivenciar com menos sofrimento o período da hospitalização¹.</p>

de cabeceira havia uma bíblia e um telefone celular. Ao perguntar como havia passado o período noturno, respondeu que estava nervosa porque a pressão havia subido durante a noite e, segundo ela, as funcionárias não quiseram verificar sua PA. Relatou que os níveis pressóricos haviam sido verificados em torno das 21hs, e estavam em 160/100. Às 23hs, ela solicitou nova verificação, mas “houve resistência”, sendo que a funcionária informou que só iria verificar novamente às 2hs. Contudo, NFL insistiu² e então, teve novamente sua pressão avaliada em 170/100. Nesse momento, segundo ela, foi medicada. Reclamou muito, dizendo que ficou “brava” com as trabalhadoras de enfermagem do plantão, porque trataram as suas queixas como fosse “frescura” mas não é^{N1}.

Nesse momento, a residente A entrou na enfermaria para realizar a cardiotoco. Pediu para eu me posicionar do outro lado do leito, para que pudesse instalar o aparelho. Fez alguns comentários sobre a movimentação do feto e se retirou depois de o aparelho instalado³.

Os alunos da graduação de enfermagem continuaram no setor, realizando cuidados de higiene, sinais vitais e realizando orientações para as gestantes internadas. O aluno não comunicou à gestante o valor encontrado. A PA que se encontrava em 180/90. Eu perguntei.

Houve problemas com o sensor do

A gestante se preocupa com os níveis pressóricos apresentados, questiona a verificação da PA feita somente em horários de rotina institucional, e percebe que a equipe de enfermagem não valoriza suas queixas².

Médica gentil, mas mantendo interação quase nula com a gestante, pois nada perguntou, assim como não informou ou explicou sobre o exame a ser realizado³.

cardiotoco, sendo que tiveram que chamar a residente A, para posicioná-lo.

Conversando com Joaquina, expliquei sobre a realização da pesquisa e forneci a ela todas as informações sobre a metodologia e os objetivos, anonimato, e direito a recusar a participar.²

Ela concordou, assinou o termo, e então sugeri que escolhesse um nome fictício^{N2}. Ela ficou em dúvida então sugeri “Joaquina”⁴. Sugeri que fizéssemos a entrevista em outra oportunidade, sendo que concordou, dizendo que estava hoje muito preocupada com “a pressão”. Permaneci na enfermaria por uns 30 min, observando os alunos de enfermagem, que conversavam entre si e com as gestantes. Falavam

animadamente sobre o enxoval dos bebês. Joaquina falava pouco.

Às 8:45 o professor X chegou com um grupo de 8 alunos e 2 residentes. Entraram e ocuparam todo o centro da enfermaria. Uma das residentes desligou a TV. Não cumprimentaram ninguém diretamente. Alguns dos estudantes disseram um “oi” timidamente, em tom de voz muito baixo⁵. Logo o professor questionou o grupo sobre quem daria início à apresentação dos “casos”, termo que eles utilizam para se referir às gestantes. Iniciam a discussão por “um caso de TPP”. Os alunos apresentam a conduta, as causas, definições, e recomendam a terapêutica^{N3}. O professor pergunta: “como ela está hoje” aos

Ela concordou, mas pareceu não entender⁴. Riu, achou engraçado.

Equipe de professor e alunos de medicina “seguem os casos”, sem que haja interação com as gestantes ou com os alunos da enfermagem.

Aprofundar leituras sobre a relação profissional/paciente e sobre processos de aprendizagem da biomedicina⁵.

alunos, e não à gestante.

Eu continuei sentada em uma banqueta, ao lado do leito de Joaquina, que permanecia atenta e calada, assim como as demais gestantes. Em certo momento, o professor se dirige à outra gestante: “como é, tudo bem? E o cigarrinho? Parou de fumar, né?” A gestante sorri timidamente e diz que parou de fumar, ao que o professor retruca: “pelo menos por enquanto”, e sorri⁶. Joaquina continua deitada, realizando cardioto.

O tom do professor é diferente, um tanto jocoso⁶.

O segundo caso a ser discutido é o de Joaquina, apresentado pela residente A, que, ato contínuo, informa as condições clínicas de Joaquina. O professor pergunta a causa da internação. A residente A fica em dúvida e questiona Joaquina sobre o motivo da internação. Joaquina responde em tom baixo, parecendo insegura: “me internei por causa da dor de cabeça e de estômago”. O professor pergunta como ela fazia o controle da PA, em casa. Joaquina diz que ela mesma verificava⁷.

Interação com a gestante claramente com o objetivo de esclarecer a dúvida da residente. Ler sobre o processo de formação profissional (Byron Good)⁷.

Todas as gestantes permanecem em absoluto silêncio, enquanto eles discutem os casos^{N4}. Percebi que neste tempo todos os presentes na enfermaria, alunos, funcionários e pacientes ficaram quietos para não atrapalhar a discussão do professor com os alunos.

Discutem o caso e a “HELLP” - síndrome da gestação anterior de Joaquina, sempre com a atenção

voltada ao prontuário. O professor pergunta novamente como ela fazia o controle e como ela veio para o hospital⁸. Ela conta que fazia o controle com aparelho digital e que veio porque teve dor de cabeça forte. Residente A complementa a história da internação e eles continuam discutindo o caso entre eles.

O professor faz novas perguntas aos alunos sobre conduta, formas clínicas e, finalmente, informa que o caso de Joaquina é “pré-eclâmpsia grave”.

A residente encerra o exame de cardiotoco, mas não retira o aparelho. Quando questionada sobre a medicação, a residente A mostra dúvidas e Joaquina diz que continua com a mesma dose de medicamentos que tomava em casa.

O professor faz uma pequena explicação sobre a evolução clínica de casos semelhantes ao de Joaquina. Voltam a ela para perguntar se está coletando urina, ao que ela responde negativamente, apenas com o balanço da cabeça. O professor T diz então: “você vai colher urina, começa agora e vai até amanhã de manhã”. Falam claramente entre eles sobre os riscos de prematuridade, da necessidade de UTI e da falta de leitos para o RN⁹. Continuam a discussão clínica. Todas as gestantes ficam quietas, atentas^{N5}.

Ao discutir a conduta, o professor orienta Joaquina sobre os sinais clínicos como cefaléia, “luzinhas brilhantes” e dor no estômago. Diz a ela que, nesses casos, deverá

O preceptor coloca em cheque a gestante, buscando confrontar se o que diz é realmente o que faz, até que a gestante declara que faz uso de um aparelho digital⁸.

Quando discutem a evolução, falam dos riscos da prematuridade e sobre a falta de vagas neonatais, mas não se dirigem à gestante⁹.

O modelo adotado durante a visita médica e a discussão dos casos

avisar a enfermagem. Discute a terapêutica, que será alterada, com a residente, e encerra a discussão, se dirigindo à outra gestante, cuja gravidez é múltipla¹⁰. Em nenhum momento perguntou sobre a experiência de Joaquina, sua opinião ou se tinha dúvidas¹¹.

Depois que a equipe sai da enfermaria. Os alunos de enfermagem voltam aos cuidados, todas as gestantes começam a falar sobre seus problemas. Os alunos vêm conversar com Joaquina e verificam a pressão, que se encontra em 170/100.

O cardiotoco se encerra e Joaquina senta na cama. Percebo que se movimenta no leito, com ar de impaciência. Pergunto se precisa de alguma coisa. Ela pede para ir ao banheiro e a auxilio a levantar-se. Aguardo sua volta para me despedir, pois percebi que sua disponibilidade para o diálogo, neste dia, havia se esgotado^{N6}. Joaquina me agradece por eu ter ficado ao seu lado e diz que agora quer “ficar sozinha”

clínicos parece identificar-se com o modelo explicativo da disease (relacionar com Kleinman e Bonet)¹⁰.

A experiência subjetiva não é explorada/valorizada (articular dados brutos com produção teórica sobre a experiência saúde-enfermidade sob o ponto de vista do sujeito - Alves)¹¹.

NOTAS METODOLÓGICAS

N1 - Aprofundar, no próximo encontro, quais os significados que Joaquina imprime à sua situação de ser gestante hipertensa.

N2 - Voltar ao assunto “pesquisa”, e esclarecer todos os detalhes éticos e metodológicos.

N3 - Continuar aprofundando o processo ensino-aprendizagem, tanto da medicina quanto da enfermagem.

N4 - Verificar porque as gestantes permanecem ATENTAS à discussão clínica.

N5 - Acompanhar outras visitas e observar como ocorre a interação entre a equipe e as gestantes...

N6 - Pensar em uma estratégia que favoreça a realização das entrevistas no domicílio.

APÊNDICE D - EXEMPLO DA OPERACIONALIZAÇÃO DAS ETAPAS ANALÍTICAS

Pergunta de pesquisa: quais os significados culturais da hipertensão gestacional para as mulheres que gestam?

DESCRIPTORES	PADRÕES	TEMAS
<p><i>[...] elas falam que cozinha o neném, daí tem uma amiga da minha mãe que perdeu o neném por causa da pressão alta... cozido (Joaquina, EIC, 30-03-11).</i></p> <p><i>[...] eu ouvi esse comentário. A vizinha, que teve, diz que se a mãe tem muita pressão alta a criança começa a cozinhar, dá tipo febre sei lá, e a criança começa a cozinhar dentro da mãe, isso é gravíssimo né? Só que eu não sei o porquê dessa história (Bianca, domicílio, 19-05-11).</i></p> <p><i>[...] minha comadre, né, que meu marido batizou a filha dela, ela conhece e ela que contou. Mora pertinho da casa dela e eu tava conversando com outra pessoa esses dias sobre isso e ela disse que a sobrinha dela nasceu morta, cozinha [...].</i></p> <p><i>[...] da pressão, diz que nasceu cozida, cozida, a menina, e o cabelo chegava solta, nasceu morta, por isso que os doutor ficam tudo preocupado com a pressão alta [...] quando aconteceu que ela [a vizinha] me contou que tem que tomar cuidado que ela teve uma sobrinha que nasceu cozida, cozinha, nasceu morta e até o cabelinho se soltava por causa da</i></p>	<p>PADRÃO 1 DE ONDE VEM O MEDO DE O BEBÊ “COZINHAR”</p>	<p>TEMA 1 “TENHO MEDO PORQUE PRESSÃO ALTA PODE COZINHAR O BEBÊ”</p>

mãe ter pressão alta (Bianca, domicílio, 05-06-11).

[...] até os últimos meses, o nenê pode morrer dentro da barriga por causa do oxigênio, né? Então agora eu to cuidando mais ainda do que antes, eu tento tomar o remédio certinho no horário entendeu? Porque Deus o livre né? Quando é só você é uma coisa, já pensou que horrível que deve ser a pressão subir, você ir no hospital e saber que o nenê ta morto? Já aconteceu várias vezes isso. Lá perto de casa, uma vizinha com oito meses, levaram para o hospital e o nenê tava morto na barriga (Ângela, EIC, 08-07-11).

*Quem te contou? (pesquisadora)
A mulher lá, que o nenê morreu com oito meses dentro da barriga, cozido! (Ângela, EIC, 07-08-11).*

Me falaram já no começo da gravidez. Tinham falado que o nenê podia morrer na minha barriga. Que pressão é perigoso, e gestante ainda... você coloca minhoca cabeça.

*Que minhoca? (pesquisadora)
Há! Fica pensando, né, “meu Deus, e a pressão sobe, e o nenê!!” [em tom de drama]. Imagine você não sabe se tá bem ou não tá. Eu sossegava quando fazia ecografia e via que o nenê tava bem. Tem que se preocupar, né? Se eu pudesse fazia uma ecografia todo dia eu fazia pra ver se o nenê tava bem. Eu pensava “ai Meu Deus, a minha pressão ta alta hoje [...]” (Maria, EIC, 01-02-11).*

Lá no serviço da [fulana] teve uma que, por causa da pressão, diz que o nenê nasceu cozido, assim, tipo soltou toda a pele e ele morreu. A mãe disse: “lá no hospital também falaram isso”.

Sofia confirmou e eu me espantei, e perguntei então quem

no hospital disse isso. Sofia respondeu: *as mulher que vão lá, ficam falando essas coisas e contando essas histórias.*

E o que você sabe me dizer sobre isso? (pesquisadora)

Sofia: ah, não sei, mas acho que é porque o coração acelera e dá esse calorão. Talvez dê calorão no bebê também. Pode ser. Mas que eu sei que a placenta fica... (Sofia, domicílio, 07-07-11).

[...] que ela pode dar a pré-eclâmpsia, né. Que a pressão alta pode dar pré-eclâmpsia, que pode ser prejudicial ao nenê. É porque a bolsa, o líquido da bolsa, ele ferve, por isso que o neném vem a óbito. Isso que me explicaram (Bianca, domicílio, 19-05-11).

É. Isso é a pré-eclâmpsia, que muitas vezes quando é muito alta, pode perder a mãe e o nenê, ou só o neném. A água da bolsa ferve, ou só a mãe (Priscila, domicílio, 14-05-11).

A gente se preocupa. Preocupa pelos riscos que eu corro, e a criança (Ju, PNAR, 03-08-11).

Na verdade eu não tinha pressão alta, nunca tinha, mas o risco é

PADRÃO 2
COMO
EXPLICAM A
MORTE DO
BEBÊ
“COZIDO”

TEMA 1
“TENHO MEDO
PORQUE
PRESSÃO
ALTA PODE
COZINHAR O
BEBÊ”

assim, parto prematuro, afeta o nenê porque o meu primeiro teve convulsão assim dentro da barriga. A pressão alta depois do segundo trimestre começou subir demais e foi de repente, então os perigos pra gente e para o nenê são altíssimos, então como o bebê tá ruinzinho, pode causar complicação pulmonar, neurológica (Joana, EIC, 23-03-11).

Porque essa doença, ela é assim, ela causa problemas seríssimos para mãe e para o nenê. Tem outros tipos de doença que o risco ou é pra um ou pra outro, essa doença é pros dois, então eles têm que ter um cuidado redobrado porque tanto a mãe ou o bebê pode vir a falecer, ou os dois. É bem complicado. Eu não cheguei a convulsionar, mas pode acontecer e ter sérios riscos de vir a morte (Joana, EIC, 23-03-11).

E tem a preocupação com o nenê né? Tá mexendo, não tá mexendo, tá quietinha, o que será que tá acontecendo, não dá pra ver ou pra sentir, então complica mais essa ansiedade, assim, por causa disso (Joana, EIC, 23-03-11).

[...] e eu tenho muito medo que eles nasçam com problemas, que eu não consiga segurar (Ângela, EIC, 22-04-11).

[...] se a minha pressão ta alta, igual eu falei pra você, falta oxigênio pros bebês. Pode acontecer alguma complicação

grave, entendeu? E eu posso ter eles doente, ou posso perder, né? (Ângela, EIC, 22-04-11).

Pois é, morre porque os médicos falam assim, que fica muito quente dentro da barriga da mãe, os médicos falam que o neném morre por causa da quentura, o líquido fica muito quente, da bolsa, e eles morrem, falta oxigênio. (Ângela, EIC, 07-08-11).

Tá louca! Eu não quero [se referindo à interrupção da gestação]. Vou fazer tudo pra chegar nos nove mês (Linda, EIC, 06-05-11).

[...] no começo eu não ligava muito, comia de tudo, não tava nem aí, aí depois que eu engravidei que fiquei sabendo que a criança podia nascer com alguma deformação, alguma coisa assim, daí foi onde eu comecei a me cuidar... ou eu me cuido pra ter meu filho ou eu nunca vou ter um filho (Linda, EIC, 05-09-11).

[...] claro que foi [se referindo à causa da morte do RN] porque a pressão é um problema bem grave e bem sério (Vera, EIC, 21-04-11).

[...] com a pressão, alterou tudo, até a placenta. Eu tinha duas placentas. O oxigênio não ia pra placenta (Vera, EIC, 21-04-11).

O médico falou que o nenê tá bem e ele não quer mais prolongar, tem medo que ele sofra. Não decidi

PADRÃO 3
O
NASCIMENTO

TEMA 1
“TENHO MEDO
PORQUE

porque tem que falar com a outra médica. Mas por mim tá bom. Graças a Deus vai ser, acho que vai ser amanhã [se referindo à cesariana] (Maria, EIC, 01-02-11).

Agora que sei que já vão fazer a cesárea eu fico mais tranquila. Melhor que ficar sem saber esperando. O médico disse que qualquer que for o resultado [se referindo à ecografia] vai ser cesárea amanhã. Ele disse que não vai esperar para o nenê ainda piorar (Maria, EIC, 01-02-11).

Agora to mais preocupada em saber do parto do que da pressão (Ju, PNAR, 18-03-11).

[...] eu fico com medo, né? Tem hora que eu queria que nascesse de uma vez, daí pelo menos acaba, a gente fica mais preocupado dela tá dentro...ultimamente eu queria mais que acabasse de uma vez, que ela nascesse e ficasse, mas ficasse bem, só mesmo pra ganhar peso, sem sofrimento, porque quando a gente é mãe, a gente se preocupa muito mais com o filho do que com a gente mesma, né? Sei lá, passa tanta coisa pela cabeça, assim. Uma vontade que fique e fique bem, uma vontade que saia pra ver, porque eles falam tanta coisa, que pressão alta cozinha o nenê por dentro (Joaquina, EIC, 30-03-11).

Daí a hora que tiraram ela e eu vi ela chorando, ah![suspira aliviada] assim... não tem explicação, porque na hora dá um

DO BEBÊ
ALIVIA O
PERIGO DE
SUA MORTE

PRESSÃO
ALTA PODE
COZINHAR O
BEBÊ”

nervoso, tanto medo que você não... não tem explicação assim... né? [...] antes eu tava e na hora que tava fazendo a cesárea eu tava pensando em Deus, né? Me deu um alívio a hora que eu vi ela. Tudo bem, daí a hora que ela saiu, que eu escutei o choro dela, que eu pude ver ela, fiquei mais tranquila, porque da primeira eu não consegui ver ela, né? [...] aí deu um alívio, assim, de ver ela bem, deu alívio assim. Porque você fica o tempo inteiro com medo, apreensiva que vai acontecer alguma coisa, pelo tamanho que ela nasceu (Joaquina, EIC, 05-11-11).

Mas pra mim eu pensei que ia estar tudo bem, que ele ia estar com peso, e jamais eu pensei que ele ia nascer sem peso (Linda, EIC, 05-06-11).

Ah! Fiquei apavorada. A primeira coisa que me passou na cabeça foi: “eu quero ir embora”. Aí me veio na cabeça, na minha casa: “o que vão fazer? E os meus filhos o que vai ser?”. Daí, pense! (Maria, EIC, 01-02-11).

Fui procurar saber, porque fiquei apavorada (Ju, PNAR, 18-03-11).

Daí eu fiz exame e deu positivo, só que daí eu fiquei com medo porque como eu já tive uma gravidez complicada da outra vez, daí já começou com ameaça de aborto. Então é um sentimento que não dá direito para explicar, porque ao mesmo tempo em que você fica

PADRÃO 4
QUE TIPO DE
SENTIMENTO
A PRESÃO
ALTA
DESPERTA

TEMA 2
“EU SEI QUE É
PERIGOSO,
TENHO MEDO
DE MORRER”

preocupada, você também tem aquela esperança de que seja diferente. Então é mais ou menos isso assim (Joana, EIC, 23-03-11).

Tinha medo, assim, ficava toda hora medindo a pressão, toda hora me controlando, não é qualquer coisinha, e você já tá com medo que suba, porque qualquer hora que precisar [...] já estou aqui e, quando eu to lá, você fica naquela angústia, porque não sabe o que vai acontecer. Eu estou com medo que a pressão suba e eu não sinta nada (Joaquina, EIC, 30-03-11).

Tenho, assim, uma mistura de medo, preocupação com o que vai acontecer, medo de não suportar (Joaquina, CO, 31-03-11).

Dá medo, porque você já perdeu um monte de gente, daí você tem medo, né? Dá medo, medo do coração não tá batendo, medo do que vai acontecer, medo do risco que eu estou correndo (Rafaela, EIC, 04-14-11).

Nossa! Tudo, tudo... não muito ruim, foi a sensação mais horrível que eu senti, é uma coisa que você não espera, né? [...] é emoção, é difícil, é o susto, vou ter minhas filhas, né, e, nossa, foi muito difícil, a gente passa muita coisa ruim, sabe? É uma agonia, tipo assim, nas outras gravidez eu não tive nenhum problema, só fui no hospital todo mês pra o pré-natal e na hora de nascer. Então é bem diferente, porque você curte mais a

gravidez né? Agora gravidez de risco, às vezes não dá nem pra curtir, pra pensar né? É diferente, muito diferente, porque daí você não tem tempo, eu vim pra cá e ia fazer o chá de bebê, não consegui nem fazer isso. Qualquer um tem medo, porque tá numa situação bem difícil, não assim... minhocas... é medo normal, como qualquer pessoa que tá nessa situação, de acontecer, né, sei lá (Vera, EIC, 15-04-11).

Era uma ansiedade pra acabar de uma vez, medo de chegar rápido de uma vez e não dar certo, sei lá. Eu queria que acabasse pra acabar o transtorno, o nervoso de uma vez e ao mesmo tempo, dava um medo de chegar a hora e não... sei lá, acontecer alguma coisa. É uma coisa que não tem explicação assim, é medo, medo, medo, não tem outra coisa, medo de morrer, medo de perder a neném (Joaquina, 11-05-11).

...mas não sei, sei que eu to com medo, muito medo. (Priscila, domicílio, 05-14-11).

...daí daqui a pouco já veio sobre a pressão alta, já veio mais um medo na cabeça, pela pressão alta (Priscila, domicílio, 14-05-11).

Eu penso assim... eu não sei o que é que causa essa pressão alta, o que é que ela pode fazer comigo e com o nenê, só sei que eu tenho medo, que eu fico muito mal, mas a minha preocupação mesmo é que

eu não conheço nenhum caso de gravidez de risco na minha família, que a minha irmã teve quatro filho tudo normal, minha mãe teve filho normal e eu já me sinto... não sei se é porque as gravidez são tardia. (Bianca, domicílio, 19-05-11).

[...] eu quero viver pra criar a minha filha, tenho medo também, tenho insegurança, porque quando eu tive a H eu tive muito medo, assim, sabe? Eu tenho medo de morrer mesmo, todo mundo acho que tem, né? Então tenho medo de morrer mesmo, meu Deus do céu... daí, tipo, todo mundo ficava falando para mim que eu falava que não queria filho e... (Bianca, domicílio, 06-05-11).

Eu penso assim, meu Deus do céu, eu tenho que tomar um pouco de cuidado, porque passa tudo quanto é tipo de insegurança pela cabeça, né? Vai que eu tenho um parto prematuro, ainda to de seis meses, meu Deus, então passa isso pela cabeça, se chegar pelo menos no sétimo mês já é mais difícil de acontecer alguma coisa com a criança e se acontecer alguma coisa antes, né? (Bianca, domicílio, 05-19-11).

Dá medo. Há, você pensa, né! Que pode perder o neném, daí, se ficar parada, piora (Linda, EIC, 09-05-11).

[...] medo de perder ela, medo de acontece alguma coisa comigo também, é que passa tanta coisa

assim, medo, uma vontade que acabe de uma vez, que nasça de uma vez, que nasça bem, que fique bem, ganhe peso, ou que fique dentro da minha barriga e a pressão não suba mais, porque aqui fora eu sei o que tá acontecendo com ela, dentro da minha barriga não, ainda mais com a pressão nessa altura, né? Normal não é (Joaquina, EIC, 30-03-11).

Mais é medo, né? Medo de morrer, de eu não aguentar, medo, nervoso, mais é o medo de morrer, medo de perder a neném, não tem outra coisa, é o medo, só medo de perder teu filho... tudo assustador, né? Você olha assim, parece que você vai morrer, vai perder o neném, o tempo inteiro você acha que vai morrer, que vai perder a criança, né? (Joaquina, 11-05-11).

Medo, nossa! Muito medo, mas daí eu fui me acalmando por conta própria, respirei fundo e fui me acalmando e quando eu cheguei lá no hospital tava 15x10, e eu saí de lá, ela voltou a 13x8, daí já deu uma normalizada, fiquei a tarde inteira no soro lá. O mais difícil de tudo? Eu acho que é o medo, controlar o medo, aquele medo de passar pelo quinto mês, pelo sétimo mês, ter problema de morte por causa da pressão alta, de acontecer alguma coisa, porque sempre eu fico... (Priscila, domicílio, 14-05-11).

Agora que eu to grávida tenho

preocupação de acontecer alguma coisa comigo, daí fico preocupada (Bianca, domicílio, 19-05-11).

Medo, muito, muito medo, ainda tenho, né? Mas se Deus quiser nada vai acontecer, mas a gente sempre fica com aquele... angústia, né? [...] e daí depois do que elas falaram [se referindo às informações dadas pelas médicas na hora da internação], a única coisa que eu pedi pra Deus era que Deus desse a chance de poder viver, né? Que era a única coisa que eu queria, aí depois que eu entrei na sala, assim, eu fiquei com medo do anestesista (Linda, EIC, 05-06-11).

Na outra gestação eu não tive tempo pra conseguir juntar estas informações, porque eu cheguei meio-dia, e de noite já interromperam a gravidez. Foi muito rápido e deixou a cabeça da gente meio... meio assim... é difícil se adaptar com a nova realidade. Agora não. Agora a gente já é informada (Joana, EIC, 23-03-11).

[...] nada melhor você estar ciente que pode ou está acontecendo alguma coisa, e como eu já tive experiências anteriores, né... claro que não adiantava eles [os médicos] ficarem camuflando muito tudo, porque eu já sabia né? (Joana, EIC, 25-03-11).

[...] eu fiquei com medo de voltar [a internar-se], pelo que já tinha acontecido na outra gestação. A

PADRÃO 5 **APRENDIZAGE** **NS** **ANTERIORES**

TEMA 2 **“EU SEI QUE É** **PERIGOSO,** **TENHO MEDO** **DE MORRER”**

gente fica meio tensa por causa do que já aconteceu (Joaquina, EIC, 30-03-11).

Antes eu achava que a minha gestação era alto risco por causa da pressão, porque a pressão podia causar o que causou no passado, óbito do nenê (Rafaela, EIC, 14-04-11).

Daí fazer o que, né, já tava grávida. Aí até eu nem fiquei muito feliz, né, porque eu sabia que eu tinha pressão alta, que eu não podia engravidar de novo. Meu filho tem seis anos já, aí eu nem fiquei muito feliz (Ângela, EIC, 22-04-11).

[...] tenho muito medo de perder a vida, porque eu já tinha quase perdido da outra, né? (Joaquina, EIC, 11-05-11).

Porque eu vi na televisão também aquela novela, já fica grávida, já fica com pressão alta, e já morre e pronto assim.... eu me apavorei (Ju, PNAR, 18-03-11).

Vera deu um sorriso e, com os olhos marejados, disse que não ia mais conversar comigo, que a entrevista estava cancelada. Insisti que deveria contar sua experiência. Ela se negou, dizendo que era experiência ruim e que não queria mais falar. Lamentou e encheu os olhos de lágrimas novamente, dizendo: “tudo por causa da droga da pressão alta” (Notas de observação, Vera, EIC,

PADRÃO 6
EXPERIÊNCIA
NEGATIVA
QUE PRECISA
SER
ESQUECIDA

TEMA 2
“EU SEI QUE É
PERIGOSO,
TENHO MEDO
DE MORRER”

21-04-11).

[...] eu fiquei com medo de voltar pelo que já tinha acontecido na outra gestação, a gente fica meio tensa por causa do que já aconteceu. Não vejo a hora de acabar, ficar pra traz (Joaquina, EIC, 30-03-11).

[...]quando eu tive a H [se referindo à gestação anterior] não cheguei ao caso de tomar remédio, fui saber no final né? E daí quando foi, tive já que fazer a cesárea. Eu não queria mais ter filho, eu sentia muito medo, por causa que eu sabia que se eu tivesse, a pressão ia subir, mas graças a Deus, por enquanto ela tá bem controlada, vai passar e vou esquecer tudo isso (Bianca, domicílio, 05-06-11).

Observei a menina, que era PIG [Pequena para a Idade Gestacional]. Tentei falar com Camila sobre a hipertensão, mas ela só queria falar da Criança. Percebi que estava muito feliz naquele momento e não insisti no assunto (notas de observação, EIC, 29-06-11).

A pressão já abaixou e não quero mais saber de gravidez. Já tenho 28 anos e posso cuidar é das crianças da igreja. Chega, o medo de morrer é grande. Não, não, não quero mais. Quero esquecer (Sara, EIC, 24-06-11).

[...] o medo que passei, o medo de perder o Eduardo e o medo de

morrer e ter que deixar ele sozinho. Sozinho não, porque tem a minha mãe, meu marido, mas ele podia ficar sem mãe!! Não quero mais passar por isso, nunca mais (Sofia, EIC, 10-07-11).

Alguns dias mais tarde, liguei e falei com Sara sobre a visita. Ela se desculpou, dizendo que não queria falar comigo sobre a doença (Notas de observação, 07-07-11).

[...] porque eu achei que não ia mais acontecer de volta, na verdade eu não sabia do problema, até então eu não sabia qual era a gravidade, porque tinha acontecido na primeira vez. Sabia que nasceu prematuro, tudo, graças a Deus sobreviveu, mas eu não tinha noção do perigo. Não tinha me tocado (Joaquina, EIC, 30-03-11).

Ela [a médica] falou dos negócios, que quando na primeira vez que eu internei, que foi muito grave, que eu tinha perigo de ter convulsão, que meus exames deram todos ruins, que dessa vez tá mais controlado que da outra, que eu podia ter falência nos meus órgãos por causa da pressão alta. Explicou isso, assim, aí que começou a cair a fichinha assim, né, que o negócio realmente era grave (Rafaela, EIC, 14-04-11).

[...] eu não sabia que tava com a pressão alta, e essa pressão alta minha ela é uma pressão descontrolada, porque eu não sinto

PADRÃO 7
INFORMAÇÕES A RESPEITO DA PRESSÃO ALTA NA GESTAÇÃO

TEMA 2
“EU SEI QUE É PERIGOSO, TENHO MEDO DE MORRER”

nada, nem dor de cabeça, nada. Posso tar conversando com você aqui e a minha pressão tá alta... (Rafaela, EIC, 14-04-11).

[...] só que dos tempos que eu estou aqui no hospital foi descoberto mais coisas, um cisto renal, que acusou nos exames. O médico fez uma ecografia do nenê e o meu caso não é grave, é gravíssimo. Que o nenê tá com 400 gramas e eu tô de seis meses. Ele não atingiu o peso ideal e o médico me deixou ciente de que eu posso estar nos melhores hospital do mundo, eu estou correndo risco, e o nenê também. Eles não podem tirar o nenê, porque o nenê tá mexendo, tá perfeito, tá com o coração batendo e tudo, tipo um caso assim, você tá só nos aparelhos, mas você não pode desligar porque só Deus, entendeu? Queria que tirassem logo! Tenho medo que ele cozinhe, medo de eu morrer... (Rafaela, EIC, 14-04-11).

Não durmo, né, fico pensando no que tá acontecendo comigo, que teve uma noite que era três horas da manhã e eu não senti o nenê mexer, daí eu fui chamar. O médico veio, olhou, o coração tava batendo, daí foi que eu consegui dormir, porque sem você saber do que tá acontecendo é uma coisa, a partir da hora que você sabe o que você tá passando já é diferente, já muda a tua história, você já fica mais apreensiva, fica com mais medo assim. Porque querendo ou não você tá correndo risco, alguma

coisa. Tá tudo na mão de Deus agora (Rafaela, EIC, 14-04-11).

Durante nossa conversa, Rafaela chorou por três vezes. Ela se emociona ao falar sobre o bebê e seus outros filhos. Demonstra ciência da gravidade do seu “caso” (Notas de observação, Rafaela, EIC, 14-04-11).

Daí fazer o que né, já tava grávida, mas não fiquei contente, né, porque eu sabia que eu tinha pressão alta, que eu não podia engravidar de novo, que se engravidasse podia morrer, eu já sabia, já tinham me avisado. [...] que eu sei que tem [se referindo ao perigo]. É tipo assim, o feto morrer ou até mesmo na hora do parto pode um dos dois morrer, isso que eu ouvi falar, né? Não tenho assim nenhum... não estudei...mas tenho muito medo de morrer [...] não sei, tudo... se eu ficar nervosa já sobe a pressão, qualquer coisa, se começar a chorar, ficar preocupada com alguma coisa, já sobe [...] porque a minha pressão alta faz mal para mim e principalmente para os bebês... que medo! [...] mais ainda né? Não sei, acho que é porque agora tem mais informação. Quando eu descobri, assim, o que era pressão alta, eu não achava que era uma coisa tão grave, agora eu já consigo ver que é uma coisa grave. Que ele pode cozinhar, que eu posso ir a óbito.

O teu caso é grave (pesquisadora)? É, o meu é. Porque se a minha pressão não normalizar, falta

oxigênio para o cérebro, pode ferver, e daí por isso que eles podem morrer, né? Na barriga, pode acontecer alguma coisa com elas. A pressão alta também pode dar problema no rim, mesmo não estando grávida, né, se ela ficar muito alta e não normalizar, você pode ter complicação no rim, pode afetar outros órgãos. (Ângela, EIC, 22-04-11).

Tanto eu quanto a nenê podem falecer no parto (Linda, EIC, 09-05-11).

Eu achei que dessa vez não ia acontecer nada, eu não tinha noção da gravidade, né? Achei que não ia acontecer de volta... agora sim, não sei se era porque antes eu era muito nova, né? Não levei muito a sério, achei que não ia acontecer de volta, mas agora eu tô bem ciente e com mais medo. Muito mais medo, porque sei que o risco é grande do meu óbito (Joaquina, 11-05-11).

Na verdade, na verdade eu não cheguei a perguntar pro médico, ele falou da pré-eclampsia, ele falou que é muito perigoso, que pode perder ou a mãe, ou o filho, ou os dois (Priscila, domicílio, 05-14-11).

Porque quando eu fui aqui para o posto, eles não gostam que fale postinho, fala Unidade de Saúde. Eu contei dos meus problemas que eu já tive na gravidez anterior e teve gente ali no posto que falou

que eu não tinha gravidez de risco, mas como eu já tive um... eu contei pro doutor e eles me encaminharam pra lá e eu fui avaliada lá no HC e deu que eu tinha gravidez de risco. Se eu to indo lá é porque ele acha que é de risco mesmo. No outro dia da minha consulta, que daí eu só fui avaliada, daí logo em seguida eu já tive uma consulta lá e eu já levei, e nesse dia tive a resposta que foi aceito o pedido da laqueadura, porque eles dizem que é risco reprodutivo de ficar ponhando filho no mundo assim, porque uma criança que a mãe tem pressão alta é muito perigoso.. ser mãe e poder não ser, né, porque pode morrer [...]. Ele [o médico] só diz que é risco reprodutivo, que não é bom ficar tendo filho nessa idade, eu também fico me perguntando porque, e eu não sei, e daí tá escrito DHEG e eu não sei o que é DHEG, é tipo abreviado entendeu? Eu não sei o que é que causa essa pressão alta, o que é que ela pode fazer comigo e com o nenê ou... só sei que eu tenho medo, que eu fico muito mal, mas a minha preocupação mesmo é que eu não conheço nenhum caso de gravidez de risco na minha família. Sei que dá infarto... que isso acontece mais em gente assim que em bebê, que se excede na alimentação, come carne gorda, essas coisas, e isso não acontece comigo, e agora que eu fiz um eletro, a primeira vez que eu fiz um eletro do coração, já foi pedido e eu nunca fiz, só que agora eu fico assim meio com medo,

desse detalhe, porque eu nunca fiz um tratamento do coração, né? Tenho medo de não sobreviver [...]. Eles falam muito pouca coisa, que é uma doença mesmo que dá na gravidez e tem umas que, tipo eu, o meu caso tá controlado porque eu não inchei, né? Mas que tem que tomar todo cuidado. Só que dessa vez eu fui conversar com a enfermeira, depois da minha consulta, daí ela falou que é pra minha pressão ficar 12 por 8 até o nenê nascer, vamos ver se vai [...]aquele negocinho lá de acetona na minha urina já tá normal, já normalizou, não sei porque deu aquela alteração, né? Isso não explicam muito, só dizem pra gente se cuidar (Bianca, domicílio, 19-05-11).

[...] eu li, fui ver na internet, e as pessoas fala, né? A mãe da gestante interfere e diz: “tem muitas mulher com pressão alta”. A gestante continua: aqui mesmo, teve a fulana, que contou que a cicrana precisou tirar o nenê antes, por causa da pressão... já tava praticamente morto, acabou morrendo [...] só pra salvar a vida da mãe (Sofia, domicílio, 07-07-11).

Deus o livre, ainda que dessa vez não foi tão grave, da outra vez foi pior. Na dela deu aquela Síndrome HELLP que eles falam...é muito perigoso pra mulher (Joaquina, 11-05-11).

Que ela pode dar a pré-eclâmpsia,

né? Que a pressão alta pode dar pré-eclâmpsia, que pode ser até ser prejudicial ao nenê, mas a pré-eclâmpsia é ainda mais grave pra mãe (Priscila, domicílio, 14-05-11).

[...] sei que a pressão alta é grave para a mãe e para o filho, sei que pode matar tanto um quanto o outro e que às vezes na hora do parto, eles têm que escolher entre um ou outro, porque traz muito perigo. Normalmente a mãe é que se vai, porque pode dar infarte, parada cardíaca e eclâmpsia.

*O que é eclâmpsia? (pesquisadora)
É tipo assim que arrebenta uma veia, não sei bem direito onde (Sofia, domicílio, 07-07-11).*

Pode acontecer alguma coisa, minha pressão subir, o feto também pode morrer na barriga da mãe, mas é na hora do parto que é mais perigoso pra quem tem pressão alta, tipo, se a pressão subir muito, pode a mãe vir a óbito, antes mesmo de ver o filho (Ângela, EIC, 07-08-11).

[...] tudo que a médica falou, a doutora lá em baixo, a doutora “C”, ela explicou que da outra vez foi muito grave, que eu podia parar, podia morrer, né? Podia perder a nenê, nossa, um monte de coisa ela explicou, coisa que eu não tinha noção. Ela falou dos negócios que quando na primeira vez que eu internei, que foi muito grave, que eu tinha perigo de ter convulsão, que meus exames deram

PADRÃO 8
EXPLICAÇÕES
PARA A
OCORRÊNCIA
DA MORTE
DURANTE A
GESTÇÃO

TEMA 2
“EU SEI QUE É
PERIGOSO,
TENHO MEDO
DE MORRER”

todos ruins, que dessa vez tá mais controlado que da outra, que eu podia ter falência no meus órgãos por causa da pressão alta, explicou isso assim, aí que começou a cair a fichinha assim, né, que o negócio realmente é grave. Já pensou, falir os órgãos de uma mãe, que ainda nem chegou a ver o filho? (Joaquina, EIC, 30-03-11).

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA
(GESTANTES - PRÉ-NATAL)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 37219480 - 37219399 Fax (48) 37219787
E-mail: pen@ccs.ufsc.br
Homepage: www.pen.ufsc.br**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS
PARTICIPANTES DA PESQUISA (GESTANTES/PRÉ NATAL)**

**Título do Projeto: GESTANTES HIPERTENSAS: SIGNIFICADOS
CULTURAIS, FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS
RELAÇÕES COM A BIOMEDICINA**

Investigador: MARIALDA MARTINS

**Local da Pesquisa: AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DE ALTO
RISCO E ENFERMARIA DE INTERNAÇÃO CLÍNICA**

**Endereço e telefone (celular): RUA DR. PEDROSA nº 264 - CEL (41)
96529676**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde, agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça aos responsáveis pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do

estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida pela aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Marialda Martins (Pesquisadora principal), e orientada pela Prof^{ra} Dr^a Marisa Monticelli (Pesquisadora responsável).

Compreendo que participarei de uma pesquisa que busca: **Compreender os significados culturais atribuídos pelas mulheres durante a vivência da gestação, sendo portadoras de hipertensão gestacional; Identificar quais são as formas de atenção à saúde utilizadas pelas mulheres gestantes durante a vivência dos transtornos hipertensivos; e Identificar como ocorrem as relações entre as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos e os profissionais da biomedicina.**

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados por meio de observação participante e de entrevistas que serão gravadas com minha autorização e que a mesma somente utilizará as informações obtidas, para os propósitos da pesquisa, ainda os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado.

Entendo ainda que, a observação participante será realizada durante minha permanência no ambulatório, na sala de espera e durante a realização das consultas.

Compreendo que serei entrevistada uma ou mais vezes, no local e nos horários que me forem mais favoráveis, sem que isto cause interferências no atendimento/tratamento por mim recebidos.

Entendo também que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para mais informações futuramente.

Sei que meu nome não aparecerá em qualquer registro, sendo assim garantido meu anonimato. Serão usados nomes fictícios.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar da mesma, ou desistir da participação em qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa ou a qualquer integrante de minha família.

Compreendo que poderei tomar conhecimento dos resultados dessa pesquisa, caso deseje, bastando para isso solicitar à pesquisadora principal.

Posso entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante, por meio de uma ligação a cobrar, através dos telefones (41) 96529676 (celular) ou (41) 32332855. Além disso, posso também

obter informações sobre a pesquisa, em telefonema ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina: (48) 37219480.

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento, sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

NOME DO PACIENTE

ASSINATURA

DATA

NOME DO INVESTIGADOR

ASSINATURA

DATA

(Pessoa que aplicou o TCLE)

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA
(GESTANTES - ENFERMARIA DE INTERNAÇÃO CLÍNICA)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787
E-mail: pen@ccs.ufsc.br
Homepage: www.pen.ufsc.br**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS
PARTICIPANTES DA PESQUISA (GESTANTES-ENFERMARIA
DE INTERNAÇÃO CLÍNICA)***

Título do Projeto: GESTANTES HIPERTENSAS: SIGNIFICADOS CULTURAIS, FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM A BIOMEDICINA

Investigador: MARIALDA MARTINS

Local da Pesquisa: AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO E ENFERMARIA DE INTERNAÇÃO CLÍNICA

Endereço e telefone (celular): RUA DR. PEDROSA nº 264 - CEL (41) 96529676

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça aos responsáveis pelo estudo para explicar

* O presente TCLE deverá ser assinado em duas vias. Uma ficará de posse da pesquisadora e outra com o participante da pesquisa.

qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida pela Enfermeira Marialda Martins, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (Pesquisadora principal), e orientada pela Prof^a Dr^a Marisa Monticelli (Pesquisadora responsável).

Compreendo que participarei de uma pesquisa que busca: Compreender os significados culturais atribuídos pelas mulheres durante a vivência da gestação, sendo portadoras de hipertensão gestacional; Identificar quais são as formas de atenção à saúde utilizadas pelas mulheres gestantes durante a vivência dos transtornos hipertensivos; e Identificar como ocorrem as relações entre as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos e os profissionais da biomedicina.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados por meio de observação participante e de entrevistas que serão gravadas com minha autorização, e que a mesma somente utilizará as informações obtidas para os propósitos da pesquisa e que os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado.

Entendo ainda que a observação participante será realizada durante minha permanência no Alojamento Conjunto, durante a realização dos cuidados médicos e de enfermagem.

Compreendo que serei entrevistada uma ou mais vezes, no local e nos horários que me forem mais favoráveis, sem que isto cause interferências no atendimento/tratamento por mim recebidos.

Entendo ainda que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para mais informações futuramente.

Sei que meu nome não aparecerá em qualquer registro, sendo assim garantido meu anonimato. Serão usados nomes fictícios.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar da mesma, ou desistir da participação em qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa ou a qualquer integrante de minha família.

Compreendo que poderei tomar conhecimento dos resultados dessa pesquisa, caso deseje, bastando para isso solicitar à pesquisadora principal.

Posso entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante, por meio de uma ligação a cobrar, através dos telefones (41) 96529676 (celular) ou (41) 32332855. Além disso, posso também obter informações sobre a pesquisa, em telefonema ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina: (48) 37219480.

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

NOME DO PACIENTE

ASSINATURA

DATA

NOME DO INVESTIGADOR

ASSINATURA

DATA

(Pessoa que aplicou o TCLE)

**APÊNDICE G - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA
(PROFISSIONAIS/ESTUDANTES-PRÉ-NATAL)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787
E-mail: pen@ccs.ufsc.br
Homepage: www.pen.ufsc.br**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS
PARTICIPANTES DA PESQUISA
(PROFISSIONAIS/ESTUDANTES-PRÉ-NATAL)**

Título do Projeto: GESTANTES HIPERTENSAS: SIGNIFICADOS CULTURAIS, FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM A BIOMEDICINA

Investigador: MARIALDA MARTINS

Local da Pesquisa: AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO E ENFERMARIA DE INTERNAÇÃO CLÍNICA

Endereço e telefone (celular): RUA DR. PEDROSA nº 264 - CEL (41) 96529676

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça aos responsáveis pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo.

O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida pela Enfermeira Marialda Martins, aluna do Curso de Doutorado da UFSC, e orientada pela Prof. Dr^a Marisa Monticelli. Compreendo que participarei de uma pesquisa que busca: Compreender os significados culturais atribuídos pelas mulheres durante a vivência da gestação, sendo portadoras de hipertensão gestacional; Identificar quais são as formas de atenção à saúde utilizadas pelas mulheres gestantes durante a vivência dos transtornos hipertensivos; e Identificar como ocorrem as relações entre as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos e os profissionais da biomedicina.

Estou orientado(a) que a pesquisadora coletará dados das gestantes hipertensas, durante a realização das consultas, através de observações participantes, e que, caso eu venha a fazer parte dos eventos observados, enquanto estiver prestando assistência às gestantes hipertensas (nas consultas), tais dados somente serão utilizados pelas pesquisadoras, se eu assinar este documento. Essas informações serão utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa.

Compreendo que minha participação será combinada em conjunto com a pesquisadora, sem trazer qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Sei que os dados obtidos serão transcritos, mas que meu nome, não aparecerá em qualquer registro, sendo assim garantido meu anonimato. Serão usados nomes fictícios.

Compreendo que minha participação na pesquisa ocorrerá durante o tempo que estiver prestando assistência às gestantes hipertensas na unidade de Pré-natal desta Maternidade, sem qualquer prejuízo ao meu trabalho/aprendizado. Estou também plenamente informado(a) que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para mais informações, futuramente.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar da mesma, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou consciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que poderei tomar conhecimento dos resultados dessa pesquisa, caso deseje, bastando para isso solicitar à pesquisadora principal e que posso entrar em contato com a mesma a qualquer

momento, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante, por meio de uma ligação a cobrar, através dos telefones (41) 96529676 (celular) ou (41) 32332855. Além disso, posso também obter informações sobre a pesquisa, em telefonema ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina: (48) 37219480.

NOME DO PROFISSIONAL/
ESTUDANTE
DATA

ASSINATURA

NOME DO INVESTIGADOR
DATA
(Pessoa que aplicou o TCLE)

ASSINATURA

**APÊNDICE H - CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA
(PROFISSIONAIS/ESTUDANTES - ENFERMARIA DE
INTERNAÇÃO CLÍNICA)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL
Tel. (48) 3721.9480 - 37219399 Fax (48) 37219787
E-mail: pen@ccs.ufsc.br
Homepage: www.pen.ufsc.br**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS
PARTICIPANTES DA PESQUISA
(PROFISSIONAIS/ESTUDANTES-ENFERMARIA DE
INTERNAÇÃO CLÍNICA)**

Título do Projeto: GESTANTES HIPERTENSAS: SIGNIFICADOS CULTURAIS, FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM A BIOMEDICINA

Investigador: MARIALDA MARTINS

Local da Pesquisa: AMBULATÓRIO DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO E ENFERMARIA DE INTERNAÇÃO CLÍNICA

Endereço e telefone (celular): RUA DR. PEDROSA nº 264 - CEL (41) 96529676

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça aos responsáveis pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a

pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida pela Enfermeira Marialda Martins, aluna do Curso de Doutorado da UFSC, e orientada pela Prof. Dr^a Marisa Monticelli.

Compreendo que participarei de uma pesquisa que busca: Compreender os significados culturais atribuídos pelas mulheres durante a vivência da gestação, sendo portadoras de hipertensão gestacional; Identificar quais são as formas de atenção à saúde utilizadas pelas mulheres gestantes durante a vivência dos transtornos hipertensivos; e Identificar como ocorrem as relações entre as gestantes portadoras de transtornos hipertensivos e os profissionais da biomedicina.

Estou orientado(a) que a pesquisadora coletará dados das gestantes hipertensas, através de observações participantes, e que, caso eu venha a fazer parte dos eventos observados, enquanto estiver prestando assistência às gestantes hipertensas, tais dados somente serão utilizados pelas pesquisadoras, se eu assinar este documento. Essas informações serão utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa.

Compreendo que minha participação será combinada em conjunto com a pesquisadora, sem trazer qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Sei que os dados obtidos serão transcritos, mas que meu nome, não aparecerá em qualquer registro, sendo assim garantido meu anonimato. Serão usados nomes fictícios.

Compreendo que minha participação na pesquisa ocorrerá durante o tempo que estiver prestando assistência às gestantes hipertensas na unidade de Alojamento Conjunto desta Maternidade, sem qualquer prejuízo ao meu trabalho/aprendizado. Estou também plenamente informado(a) que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para mais informações, futuramente.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar da mesma, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou consciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que poderei tomar conhecimento dos resultados dessa pesquisa, caso deseje, bastando para isso solicitar à pesquisadora principal e que posso entrar em contato com a mesma a qualquer

momento, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante, por meio de uma ligação a cobrar, através dos telefones (41)96529676 (celular) ou (41)32332855. Além disso, posso também obter informações sobre a pesquisa, em telefonema ao Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina: (48)37219480.

NOME DO PROFISSIONAL/
ESTUDANTE
DATA

ASSINATURA

NOME DO INVESTIGADOR
DATA
(Pessoa que aplicou o TCLE)

ASSINATURA